



**Universidade de
Aveiro
2010**

Departamento de Economia, Gestão e Engenharia
Industrial

**SILVANA FERREIRA
MARQUES**

Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar



**SILVANA FERREIRA
MARQUES**

Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica do Doutor Luís Miguel Domingues Fernandes Ferreira, Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha filha Leonor.

o júri

presidente

Prof. Doutor António Carrizo Moreira

Professor auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da
Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Cristóvão Silva

Professor Auxiliar Do Departamento De Engenharia Mecânica – Faculdade de Ciências e
Tecnologia da Universidade Coimbra

Professor Luís Miguel Domingues Fernandes Ferreira

Professor Auxiliar Do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da
Universidade de Aveiro

agradecimentos

Durante todos estes meses de trabalho tive o apoio e a dedicação de pessoas que sem elas esta dissertação nada seria. Família, amigos, colegas, professores e enfermeiros; gostaria de deixar o meu agradecimento pessoal a cada um deles, não citarei nomes pois cada um saberá o quanto foi importante.

Deixo apenas um especial pedido de desculpas à minha filha Leonor: “*Desculpa-me Filha, pelo tempo que não passei contigo, pois sem o teu tempo esta Dissertação não seria o que é*”.

palavras-chave

Gestão; Recursos Materiais; Meio Hospitalar

resumo

A presente investigação tem como objectivo analisar de que forma é organizada a “*gestão de recursos materiais em meio hospitalar*”; identificar competências dos enfermeiros enquanto gestores de recursos materiais nas unidades hospitalares; identificar estratégias implementadas, nas unidades hospitalares de forma a garantir uma gestão adequada de recursos materiais; conhecer a forma como os enfermeiros gestores motivam os colaboradores para a contenção de custos.

Para tal, tentaremos perceber como são organizados as Unidades Hospitalares, quais as estratégias que os enfermeiros utilizaram para motivarem para essa gestão;

A metodologia adoptada seguiu uma abordagem qualitativa e interpretativa, apropriada para a concretização dos objectivos pretendidos, abordando, assim, a gestão de material de consumo clínico.

O estudo envolveu a participação de 12 Enfermeiros Chefes de 6 hospitais EPE´s diferentes.

Os dados obtidos ao longo das entrevistas foram distribuídos por categorias construídas ao longo do estudo.

No que respeita às conclusões finais, retiradas não só dos resultados obtidos como de todo o processo investigativo, emergem algumas implicações para as práticas na gestão hospitalar e de enfermagem. São também feitas sugestões que conduzam à realização de trabalho experimental capaz de melhorar a mesma e, sobretudo, de valorizar, de forma efectiva o papel do enfermeiro na gestão em meio hospitalar.

keywords

Management, Material Resources, Environment Hospital

abstract

This research aims to examine how it is organized the "*management of material resources in hospitals*", identify responsibilities of nurses as managers of material resources in hospitals, identify strategies implemented in hospitals to ensure proper management resource materials and know how nurse managers motivate employees to contain costs. To this end, we will try to see how the hospitals are organized, what strategies the nurses used to motivate for such management.

The methodology followed a qualitative and interpretative approach, suitable for achieving the desired objectives, addressing thus the management of clinical material consumption.

The study involved the participation of 12 heads of Nurses of six hospitals EPE's different.

The data obtained during the interviews were divided into categories built throughout the study. Regarding final conclusions, drawn not only the results as the entire investigative process, some implications for emerging practices in hospital management and nursing. They also made suggestions that lead to experimental work can improve it and, above all, appreciate, effectively the role of the nurse in management in hospitals.

ÍNDICE

ÍNDICE	13
ÍNDICE DE TABELAS	17
ÍNDICE DE FIGURAS	19
ÍNDICE DE ANEXOS	21
LISTA DE ABREVIATURAS	23
INTRODUÇÃO	25
PARTE I	31
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
CAPÍTULO I	33
GESTÃO HOSPITALAR	33
1. O HOSPITAL PORTUGUÊS	33
1.1 A Organização Hospitalar	36
1.2 Gestão Hospitalar	37
1.3 A Logística Aplicada ao Hospital	41
1.4 Supply Chain Management/Gestão de Cadeia de Abastecimento	44
1.4.1 Clientes Internos e Externos	47
1.4.2 Papel Central do Profissional de Saúde	48
1.4.3 Serviços Diferentes/Necessidades Distintas	49
1.4.4 Autoridade Exterior	49
1.4.5 Milhares de Produtos/Processos e Utilizações	50
1.5 Serviço de Aprovisionamento	50
1.6 Gestão Compras Hospitalares	52
1.6.1 Centralização de Compras no Sector da Saúde	54
CAPÍTULO II	57
ENFERMEIROS – GESTORES HOSPITALARES	57
1. A ENFERMAGEM NA GESTÃO HOSPITALAR	57
2. COMPETÊNCIAS NA GESTÃO	58
3. ENFERMEIRO COM FUNÇÕES DE ADMINISTRADOR/GESTOR	61
4. LIDERANÇA NA GESTÃO	67
5. MOTIVAÇÃO NA GESTÃO	68
6. GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS	77

PARTE II..... 83

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 83

CAPÍTULO I 85

METODOLOGIA 85

1. A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO METODOLÓGICO 85

1.1 Questão de Investigação 86

1.2 Tipo e Método de Pesquisa 86

1.3 População e Amostra 88

1.4 Abordagem ao Estudo de Caso 89

1.5 Recolha de Dados 91

1.5.1 Opções Estratégicas e Planificações 91

1.5.2 Realização das Entrevistas 93

PARTE III..... 95

ESTUDO DE CASOS 95

CAPÍTULO I 97

ESTUDO DE CASOS 97

1. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR 97

1.1 Hospital A 98

1.2 Hospital B 99

1.3 Hospital C 99

1.4 Hospital D 100

1.5 Hospital E 101

1.6 Hospital F 101

CAPÍTULO II 105

INTRODUÇÃO AO PROBLEMA 105

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 105

1.1 Apresentação dos dados 108

1.1.1 Apresentação Sumária do Serviço 108

1.1.2 Breve apresentação profissional dos Entrevistados 109

1.1.3 Descrição da Gestão de Recursos Materiais 110

1.1.4 Identificação dos materiais de consumo clínico com maior consumo/gasto no
serviço em estudo 114

1.1.5 Desperdícios e explicações fornecidas 115

1.1.6 Gestão do Material 117

1.1.7 Indicadores de Avaliação 120

1.1.8	Estratégias para Contenção de Custos	122
1.1.9	Formas de Motivação	123
1.2	Discussão	126
CONCLUSÃO		137
BIBLIOGRAFIA		145

ANEXOS.....*Erro! Marcador não definido.*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – FUNÇÕES DO HOSPITAL PÚBLICO	38
Tabela 2 – PROJECCÃO, A 2050, DA DESPESA PÚBLICA EM SAÚDE, OCDE E PORTUGAL	41
Tabela 3 – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO	52
Tabela 4 – COMPETÊNCIAS DE UMA CENTRAL DE COMPRAS	55
Tabela 5 – O PAPEL DO ADMINISTRATIVO/GESTOR versus ENFERMEIRO ADMINISTRADOR/GESTOR	66
Tabela 6 – HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW: DAS MAIS ELEVADAS ÀS MAIS BÁSICAS	70
Tabela 7 – FACTORES MOTIVADORES E HIGIÉNICOS	71
Tabela 8 – AS QUATRO FASES DA ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS AO NÍVEL DOS SERVIÇOS HOSPITALARES	80
Tabela 9 – COMPARAÇÃO COM RECURSOS HUMANOS/TOTAL DOENTES/ACTIVIDADE ECONÓMICA DOS HOSPITAIS A, B, C, D, E, F	98
Tabela 10 – RELAÇÃO ENTRE ACTIVIDADE ECONÓMICA DOS HOSPITAIS A, B, C, D, E, F	102
Tabela 11 – RELAÇÃO MÉDICO/ENFERMEIRO/ TOTAL DOENTES/ ACTIVIDADE ECONÓMICA	104
Tabela 12 – APRESENTAÇÃO SUMÁRIA DOS SERVIÇOS	108
Tabela 13 – BREVE APRESENTAÇÃO PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO	109
Tabela 14 – ABREVIATURAS USADAS NA TABELA	110
Tabela 15 – DESCRIÇÃO DA GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS	111
Tabela 16 - IDENTIFICAÇÃO DOS MATERIAIS DE CONSUMO CLÍNICO COM MAIOR CONSUMO	115
Tabela 17 - DESPERDÍCIOS E EXPLICAÇÕES FORNECIDAS	116
Tabela 18 – GESTÃO DO MATERIAL	117
Tabela 19 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - OS RESULTADOS QUE SE ESPERAM DA UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS QUE AUTOMATIZEM O SCM	45
Figura 2 – FLUXOGRAMA: AS PRINCIPAIS FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	62
Figura 3 – MODELO DE MOTIVAÇÃO DAS TEORIAS DE CONTEÚDO	70

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - ENTREVISTA**Erro! Marcador não definido.**

Anexo 2 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO.....**Erro! Marcador não definido.**

Anexo 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO**Erro! Marcador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ANCP	Agência Nacional de Compras Públicas
APEGL	Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRI	Centros de Responsabilidade Integrada
ENF	Enfermeiro
EPE	Entidades Públicas Empresariais
EU	União Europeia
EUA	Estados Unidos América
GCA	Gestão de cadeia de abastecimento
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiras
INA	Instituto Nacional Administração
INE	Instituto Nacional Estatística
MRPC	Material Requirements Planning
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
OPPT	Office of Pollution Prevention and Toxics
PDA	Personal Digital Assistant
P&D	Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação.
PIB	Produto Interno Bruto
S.A.	Sociedade Anónima
SCM	Supply Chain Management
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Serviços Médico-Sociais
SNCP	Sistema Nacional de Compras Públicas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TGA	Teoria Geral de Administração
TI	Tecnologia da Informação
WMS	Warehouse Management System

INTRODUÇÃO

A optimização dos recursos materiais e humanos exige processos de gestão eficazes e eficientes que devem ser desenvolvidos sob estratégias decididas em equipa. A definição de critérios, a contratualização de performance e a alocação de recursos cria condições a um desempenho qualificado.

Partindo da nossa questão investigação: *Como poderão os Enfermeiros Chefes tornar a Gestão de Recursos Materiais mais adequada nos Serviços Hospitalares?* Esta investigação partiu desta necessidade: a de averiguar como é realizada a “*Gestão de Recursos Materiais em meio Hospitalar*”.

De facto, sabemos que, essencialmente devido ao contexto económico que o país atravessa, nos hospitais a gestão de recursos materiais é de grande importância, não só porque os recursos são escassos como, cada vez mais, se fala, numa perspectiva economicista, em contenção da despesa. Os gastos crescentes na área da saúde preocupam verdadeiramente a sociedade. Além de várias causas já conhecidas das quais poderemos evidenciar o envelhecimento da população, os avanços médicos e tecnológicos que permitem uma maior longevidade, levanta-se, hoje, a hipótese de que uma das causas desse gasto se deve, essencialmente, aos processos inadequados de compras na área da saúde e aos desperdícios das unidades hospitalares (DGS, 2010).

Partindo destas duas hipóteses, acreditamos que as ineficiências, nesta área, nas Unidades Hospitalares poderiam ser significativamente corrigidas se se adoptassem melhores e mais adequadas práticas de gestão nos serviços de saúde. Daí resulta o tema deste estudo - **Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar.**

Assim sendo, a presente dissertação tem como objectivo geral:

- Analisar de que forma é organizada e administrada a “*gestão de recursos materiais em meio hospitalar*”

Fixamos, ainda, como objectivos específicos os seguintes:

- Identificar competências dos enfermeiros enquanto gestores de recursos materiais nas unidades hospitalares;
- Identificar estratégias implementadas, nas unidades hospitalares de forma a garantir a gestão recursos materiais;
- Conhecer a forma como os enfermeiros chefes motivam os colaboradores para a contenção de custos.

Uma vez que, regra geral, as despesas hospitalares crescem a um ritmo insustentável para a nossa economia, parece consensual que a próxima geração de gestores hospitalares necessitará de um novo conjunto de competências capazes de colocar as suas organizações na rota do sucesso, num mercado cada vez mais competitivo (Simões, 2004; Campos, 2008).

Ora, com a aquisição de bens e serviços a constituir a segunda maior fonte de despesa para um hospital (a maior fatia pertence aos custos laborais indirectos – instalações, apoio clínico, administração) é reconhecido que a gestão da cadeia de abastecimento é uma das principais áreas para a melhoria da performance organizacional.

As poupanças relacionadas com o abastecimento das Unidades Hospitalares podem surgir a partir de diferentes estratégias de gestão. Diversos autores como Pinto et al. (2006) e Martin & Hendersen (2004) acreditam que um hospital pode reduzir as suas despesas através do desenvolvimento de melhores processos de compra, inventário e distribuição. Existe uma necessidade permanente de melhorar as vias pelas quais os materiais são adquiridos e usados, desde o ponto de produção até ao ponto de consumo.

Custos, segurança, melhores resultados, todos em conjunto constituem uma excelente base para realçar a importante contribuição de uma eficiente e efectiva gestão da cadeia de abastecimento (Mateus, 2006).

Um pouco por todo o mundo, e Portugal não é excepção, tem-se assistido a alterações nos sistemas de saúde, particularmente a implementação de novas regras de gestão e administração hospitalar (Campos, 2008). No nosso país, assume particular importância o

conceito de Hospitais EPE's – Entidades Públicas Empresariais -, nos quais são aplicados novos conceitos, nomeadamente uma gestão com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente. Este modelo pressupõe que o financiamento hospitalar passe de uma situação de orçamento anual, atribuído pela tutela, para o pagamento de verbas por parte do Estado em função dos serviços efectivamente prestados pelas diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde. O estado, apesar de manter estes estabelecimentos de saúde sobre a sua alçada, delega as funções de administração e gestão, pretendendo atingir a excelência na qualidade de prestação de serviços através de políticas de gestão centradas no cliente/doente. Nesta nova realidade, a gestão por objectivos, bem como a lógica da apresentação de resultados, constituem importantes instrumentos indutores de eficiência. Os hospitais EPE's actuam segundo uma cultura de performance baseada na optimização da gestão.

No caso concreto dos Hospitais EPE's, a sua principal fonte de receitas é gerada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) que contrata produção a cada hospital por linha de actividade - internamentos; consultas externas; sessões de hospital de dia e episódios de urgência, sendo o SNS (2007) responsável por 80% das receitas anuais destes hospitais – empresa (Saúde, SA; 2005).

Perante este novo cenário, em que as fórmulas de pagamento dos serviços são calculadas em função da performance apresentada, e tendo em conta os resultados concretos obtidos e benefícios para o doente, as poupanças adicionais que se poderão obter de uma gestão eficaz da cadeia de abastecimento surgem como um objectivo a atingir à médio prazo.

Deve-se realçar, contudo, que os campos da gestão e estratégias na área do abastecimento no sector da saúde apresentam ainda um défice de conhecimentos e práticas documentadas, atendendo a que pouco se tem escrito sobre as competências dos enfermeiros nesta precisa área; no entanto, como o refere a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança – APEGL (2009, sp):

"Os enfermeiros da área de gestão constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população... estes actores assumem um papel particularmente importante na garantia do funcionamento, gestão de recursos humanos e materiais, logística, gestão de cuidados e condições

ambientais indispensáveis para o regular funcionamento de qualquer unidade ou estabelecimento de prestação de cuidados de saúde".

Desta forma, e para alcançar os objectivos propostos, para além de se fazer uma revisão teórica sobre os principais conceitos envolvidos na temática, optou-se por realizar um estudo exploratório – descritiva, a partir de um *Estudo de caso*. A amostra em estudo é constituída por 12 Enfermeiros Chefes de 6 Hospitais EPE's, tendo sido focada a gestão de recursos materiais na área do consumo clínico. Segundo pesquisa bibliográfica, apontamos como principais razões, para a necessidade desta avaliação e, por conseguinte, fundamentação da escolha deste tema o facto de, por razões políticas e económicas, haver necessidade de rentabilizar a relação eficiência-poupança de gastos, passando esta, assim, pela eficiência na **Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar**.

Identificados os objectivos a atingir e as questões a eles associadas, é necessário definir quais os dados a recolher de modo a tecer as principais conclusões que advêm do trabalho empírico.

Para a recolha de informação, serão usados diversos processos: a pesquisa bibliográfica; a reflexão teórica sobre os conceitos basilares em torno da gestão em meio hospitalar será complementada com a análise de documentação. Para além da pesquisa bibliográfica, a recolha de informações terá por base a análise obtida das entrevistas realizadas.

Assim sendo, o nosso trabalho apresenta a seguinte estrutura: três partes essenciais.

A primeira, enquadramento teórico, subdivide-se em dois capítulos, a saber, a gestão hospitalar e enfermeiros gestores.

A segunda, fundamentalmente de natureza metodológica, apresenta todo o processo de caracterização do trabalho. Após algumas considerações prévias é explicitada a intervenção tendo em conta a organização do ambiente de trabalho, assim como o modelo de investigação adoptado e os diversos factores intervenientes.

A terceira parte da investigação termina com a apresentação, análise e interpretação dos dados obtidos ao longo da investigação e cuja metodologia de tratamento assenta, numa primeira fase, numa análise descritiva e comparativa pelo tratamento dos dados em gráficos, grelhas e tabelas e, numa segunda fase, numa análise interpretativa dos mesmos.

Na elaboração deste documento serão utilizadas fontes de informação como revistas da

saúde e específicas da área, livros de referência sobre a temática em estudo, bem como trabalhos de investigação, já apresentados, cuja área de pesquisa, em algum ponto, se relaciona com o tema que apresentamos para estudo.

Finalmente, apresentaremos as conclusões que consideramos relevantes e pertinentes para a problemática estudada, assim como as limitações e implicações do nosso estudo.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

GESTÃO HOSPITALAR

1. O HOSPITAL PORTUGUÊS

Historicamente, os hospitais surgiram como lugares de acolhimento de doentes e peregrinos, durante a Idade Média. Também em Portugal a organização dos serviços de saúde sofreram, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época, evoluindo para dar resposta ao aparecimento das doenças.

O Doutor Ricardo Jorge¹ inicia em 1899 a organização dos "*Serviços de Saúde e Beneficência Pública*" que, regulamentada em 1901, entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres. A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946², estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais,

¹ Ricardo de Almeida Jorge (Porto, 9 de Maio de 1858 — Lisboa, 29 de Julho de 1939) foi um médico, investigador e higienista, professor de Medicina e introdutor em Portugal das modernas técnicas e conceitos de saúde pública. Exerceu diversos cargos na administração da saúde, conseguindo uma «importante influência política.

² Consultado em www.min-saude.pt, em 20 de Setembro de 2009

Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados (Ministério da Saúde, 2005).

Nos primeiros três séculos e meio da nossa história, criaram-se cerca de quinhentos hospitais, misto de albergarias e casas de doentes, da responsabilidade de ordens religiosas e outros da iniciativa de algumas profissões (Simões, 2004). Assim, existiam muitos hospitais que, a partir de 1942, se uniram num só hospital – Hospital de Todos-os-Santos – com o objectivo de formar as bases sólidas e sustentáveis de assistência aos indivíduos. Neste hospital, considerado o primeiro hospital moderno em Portugal, existia uma separação entre os utentes peregrinos e os restantes usuários, sendo esta uma medida anti-equidade e que não pressupunha as bases sólidas da saúde na actualidade, como sendo a universalidade, globalidade e equidade no acesso. Na época vivia-se uma forte influência religiosa, tendo sido a Santa Sé a principal responsável pela criação do hospital (Simões, 2004).

No século XX, com a revolução industrial, o Estado e instituições de caridade passaram a responsabilizar-se pela saúde dos indivíduos, apesar do hospital ainda ser visto como um *“local onde só iam pobres”* (mais uma vez se denota a falta do carácter universal e global do principal meio de acesso ao tratamento e à saúde). No final deste século, começa a surgir a ideia de que a medicina é uma profissão (Simões, 2004) e de que a saúde deve ser algo acessível e garantido a todos; com isto, o hospital passa por uma forte evolução, que garante níveis de acesso à saúde, independentemente da raça, sexo, género, profissão ou classe social.

Foi, no entanto, a partir de 1974 que a política de saúde em Portugal sofreu modificações radicais, tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a criação do SNS, através do qual o Estado assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos.

De referenciar que, em 1976, o *“Despacho Arnault”* abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva. Actualmente, há diferenciação entre hospitais públicos e privados. Os hospitais públicos são financiados e mantidos pelo estado, sendo o custo menor para os doentes em comparação com os hospitais privados.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a

reabilitação médica e social. Tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva. Goza de autonomia administrativa e financeira; estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. É apoiado por actividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. Nos anos 90, é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Procura-se uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários.

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

É no prosseguimento desta linha de actuação que são criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Pretende-se que os CRI constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia, que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão.

Mais recentemente, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial nos Hospitais EPE's, tema este debatido no ponto 1.1 deste capítulo (Campos, 2008; Moreira, 2008; Simões 2004).

As reformas continuadas do sistema de saúde e, como consequência, a estruturação do SNS foram encaradas como um processo de aperfeiçoamento constante de forma a

acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da sociedade.

1.1 A Organização Hospitalar

Em sentido geral, organização é o modo como se organiza um sistema. É a forma escolhida para arranjar, dispor ou classificar objectos, documentos e informações. Em Gestão, a organização tem dois sentidos:

- Combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos colectivos. Exemplo: empresas, associações, órgãos do governo, ou seja, qualquer entidade pública ou privada. As organizações são compostas de estrutura física, tecnológica e pessoas.
- Modo como foi estruturado, dividido e processado todo o trabalho.

Segundo Montana (2003, p. 170), organizar é o processo de reunir recursos físicos e humanos essenciais à consecução dos objectivos de uma empresa/ organização.

A estrutura de uma organização é representada através do seu organograma.

Segundo Maximiano (2002), uma organização combina esforços individuais que tem por finalidade atingir objectivos colectivos.

Segundo Robbins (1990, sp), a organização é *“uma entidade social conscientemente coordenada, com uma fronteira relativamente identificável, que funciona numa base relativamente contínua para alcançar um objectivo ou objectivos comuns”*. Uma organização é constituída por pessoas – para que ela mude, também as pessoas têm que mudar. No entanto, o ser humano é único e, como tal, cria o seu próprio pensamento individual, quer por antecipação, quer por reacção. A forma como estes pensamentos e correspondentes acções se reflectem no contexto organizacional poderá ganhar uma dimensão tal que torna a reacção do sistema imprevisível.

Uma organização hospitalar é formada por recursos humanos, máquinas e equipamentos, recursos financeiros, recursos materiais e doentes. Pode dizer-se que uma organização é o resultado da combinação de todos estes elementos orientados a um objectivo comum.

Organizar compreende atribuir responsabilidades às pessoas e actividades aos seus órgãos. Do grego "*organon*", organização significa instrumento, utensílio. De acordo com Bilhim (2006, sp), "*a organização é uma entidade social, conscientemente coordenada, gozando de fronteiras delimitadas que funcionam numa base relativamente contínua, tendo em vista a realização de objectivos comuns*". Sobrevivência e crescimento (metas e objectivos) são o que a maioria ambiciona. Objectivos que exigem grupos de duas ou mais pessoas, que estabelecem entre eles relações de cooperação, acções formalmente coordenadas e funções diferenciadas e definidas hierarquicamente ou em rede. A teoria das organizações constitui uma disciplina próxima que tem por domínio específico a construção e testagem de teorias sobre as organizações, os seus membros e a sua gestão, as relações organização-ambiente e os processos organizativos. Os temas da teoria das organizações incluem a escolha estratégica, a dependência de recursos, a ecologia organizacional e a teoria institucional. Os seus desenvolvimentos mais recentes abarcam as perspectivas críticas, feminista, cognitiva e pós-moderna. Os desafios a que procura responder incluem a melhoria da qualidade, as alianças estratégicas, a implementação de novas tecnologias, os processos de governação e controlo, as reestruturações organizacionais e a diversidade estratégica global (Lacombe e Heilborn, 2003; Parreira, 2005).

1.2 Gestão Hospitalar

A estrutura de um hospital público português começou a construir-se a partir de 1968, envolvendo a distinção entre duas importantes funções. Na tabela 1 são apresentadas de forma geral as funções de um hospital público.

Simultaneamente, surgem ainda mais dois aspectos relevantes a retratar como sendo a legislação em vigor, que adopta um modelo de serviço funcional-tipo e a aproximação a uma matriz empresarial que, a partir de 1968, deixou de ser aplicada, por ficar aquém em questões como a gestão financeira e a gestão de recursos humanos das entidades hospitalares.

Ao nível do modelo de gestão, estavam previstos a existência de três órgãos de

administração: conselho geral, de gerência e administrador. Estes órgãos revelam, na opinião de Simões (2004), uma forte participação dos profissionais e da comunidade na administração do Hospital e reforça o papel do administrador.

Função Principal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolve toda a prestação de cuidados aos doentes; ▪ Prestação: directa ou indirecta; ▪ Compreendida através dos serviços de assistência;
Funções Gerais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoiam o hospital na função principal; ▪ São compreendidas através dos serviços de apoio geral

Tabela 1 – FUNÇÕES DO HOSPITAL PÚBLICO

Fonte: Adaptado Simões (2004)

Decorrente da legislação de 1988, surgiu o Decreto-Regulamentar nº3/88, de 22 de Janeiro³; este tinha como principal objectivo evidenciar a reforma a adoptar nos países europeus, em matéria de gestão.

Segundo o mesmo autor, as reformas a adoptar seriam: reforço de competências dos órgãos de gestão; abandono das direcções de tipo colegial; designação pela tutela dos titulares dos órgãos de gestão; perfil do gestor para o exercício da função de chefe executivo; introdução de métodos de gestão empresarial e reforço e multiplicação dos controles de natureza tutelar, sendo por isso necessário uma nova forma de ver a gestão hospitalar.

Esta “nova” gestão (Simões, 2004; Campos, 2008) permite adoptar uma produção mais eficiente e, simultaneamente, mensurável.

Como Sabemos, os cuidados de saúde secundários e terciários (urgências, cirurgias, reabilitação, entre outros) são, em Portugal, sobretudo prestados pelos hospitais; por sua vez, estes estão divididos em centrais, altamente especializados, dispendo de tecnologia avançada; distritais, localizados em capitais de distrito e apresentando várias especialidades; e distritais de nível 1, que dispõem de especialidades básicas, como medicina interna e cirurgia. Os hospitais centrais encontram-se principalmente no litoral, já o Alentejo e o Algarve apresentam, conforme dados da DGS, os piores indicadores de saúde (Relatório Nacional da Administração Central do Sistema Saúde, 2008).

³ Consultado em www.min-saude.pt, em 18 Outubro de 2009

Em nome da eficiência e do controlo dos custos, desde 2002 que novos modelos de gestão dos hospitais têm sido experimentados. A par com estabelecimentos administrados pelo Estado (designados como Hospitais SPA), existem outros cuja gestão foi entregue ao sector privado (Hospitais SA) e que acabaram por ser quase todos convertidos em entidades públicas empresariais (Hospitais EPE's). A gestão destas unidades, orientada para a obtenção de melhores resultados, encontrando-se sujeita a regras rígidas. Por exemplo, a contabilidade tem de pautar-se por critérios de maior transparência e, em caso de emergência financeira, o Estado não deverá injectar fundos extras. Os resultados desta mudança ainda estão a ser avaliados.

Quanto aos serviços de diagnóstico e ambulatório, são sobretudo assegurados por entidades privadas (as chamadas entidades convencionadas), com base em contratos com o SNS; incluem, principalmente, laboratórios de análises, imagiologia, fisioterapia, medicina dentária e diálise renal (Ministério da Saúde, 2007).

Perante isto *“abria-se um novo ciclo nos modelos de gestão hospitalar”* (Simões, 2004) que se manteve mais ou menos constante até 2002 (verificou-se, com a mudança de partidos, modificação na eleição de directores clínicos e enfermeiros directores). A partir de 2002, com o XV Governo, introduziu-se a figura de contrato legal de trabalho e a criação de hospitais S.A. (Sociedade Anónima). Segundo campos (2008), dentro das medidas mais importantes e que mais visibilidade adquiriram, isto em 2006, destacaram-se a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE's (Entidades Públicas Empresariais) e a concentração de unidades dispersas em centros hospitalares que lhes conferissem uma estratégia e hierarquia de grupo, poupando recursos e instrumentos de gestão.

Actualmente, em Portugal, vive-se um clima de grande desconfiança e descrença, da população, na saúde (e nas respectivas reformas implementadas). Tal deve-se não só ao forte poder que a comunicação social exerce sobre a sociedade, mas também às actividades dos próprios hospitais, atendendo a diferentes critérios: economia, eficácia, eficiência, equidade e qualidade. Um dos grandes problemas de insatisfação, desmotivação e descrença no SNS incide, essencialmente, na economia, eficiência e equidade do sistema. É, por isso, necessário, uma maior investigação nestas áreas de modo a perceber melhor as exigências dos clientes face a estes atributos considerados essenciais numa gestão hospitalar (Nova, 2008; Nogueira, 2008).

As Organizações Hospitalares têm sido, ao longo dos últimos tempos, alvo de muita atenção (Parreira, 2005): ora, por parte das políticas levadas a cabo pelos diferentes partidos no Governo ora, e por consequência, da imprensa e sociedade em geral. Como tal, torna-se cada vez mais essencial e pertinente a avaliação da gestão hospitalar e a certificação de competências na área de Gestão de Recursos Materiais.

Esta avaliação é, sem qualquer dúvida, essencial para uma eficiente Gestão de Recursos Materiais; ela permite, não só melhorar a organização internamente como exteriormente, através da melhoria contínua, qualidade e, consequente, satisfação dos utilizadores.

É clara a competitividade que já existe no mercado e consequente busca pela redução de custos, sem prejuízo da qualidade. Campos (2008, p.13) reforça dizendo que: *“Uma política de saúde responsável, em Portugal, não deve procurar gastar menos em saúde, mas gastar melhor.”*

O mercado da saúde é caracterizado pelos altos volumes financeiros, tornando-se urgente intervir nesta área. Estes volumes representam uma grande percentagem do PIB (Produto Interno Bruto) de um país. Os gastos com a saúde, em Portugal, como nos países da União Europeia (EU) e da OCDE⁴, têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao Produto Interno Bruto (PIB). Segundo Campos (2008) entre 1990 e 2004, o peso dos gastos públicos no total dos gastos com a saúde, para a média dos países da então EU 15, tendeu a diminuir 1,3%. Em Portugal, nesse mesmo período, o indicador cresceu 6,4%. Vários são os factores a que se deve este facto, nomeadamente, comercialização da inovação e desenvolvimento tecnológicos nos domínios do diagnóstico e terapêutica, envelhecimento da população, intensidade em trabalho da prestação de cuidados.

Campos (2008), citando a OCDE (2006), apresenta na tabela 2 as projecções centrais de despesa pública. Segundo este autor, estas projecções consideram dois cenários: um, de *cost-pressure*, em que não são realizadas medidas de contenção dos gastos públicas, e outros, de *cost-constraintment*, em que se considera que os governos tomam medidas, de contenção de custos.

⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development

	Despesa pública com cuidados de saúde (%PIB)		
	2005	2050	
		<i>Cost-pressure</i>	<i>Cost-constraintment</i>
Portugal	6.7	10.9	9.1
Média da OCDE	5.7	9.6	7.7

Tabela 2 – PROJEÇÃO, A 2050, DA DESPESA PÚBLICA EM SAÚDE, OCDE E PORTUGAL

Fonte: Campos (2008)

Existem em termos económicos falhas no mercado da saúde (Campos, 2008; Okazaki, 2006), nomeadamente:

- As dificuldades em limiar os benefícios da atenção da saúde um indivíduo particular, existindo dificuldade na avaliação da efectividade de tratamentos, materiais e medicamentos;
- Assimetria de informação entre o consumidor de saúde e os prestadores, havendo uma submissão do consumidor-comprador de serviços às decisões tomadas pelo profissional de saúde;
- Incerteza envolvida tanto na necessidade de saúde quanto na efectividade do tratamento.

1.3 A Logística Aplicada ao Hospital

Num hospital, a logística abrange áreas tão diferentes como as estruturas físicas, as informações, os recursos humanos e materiais.

Nas reestruturações em curso, a logística hospitalar procura adquirir uma eficácia parecida à existente no meio industrial, pronta a seguir as melhores práticas da indústria, em proveito do cliente/ doente.

Segundo Carvalho e Ramos, (2009), numa unidade de prestação de cuidados de saúde, o

processo logístico existe em vários processos, nomeadamente com fornecedores, para consumíveis vários, para materiais de consumo clínico, para produtos farmacêuticos, para equipamentos e substituíveis, para serviços de lavandaria, de *catering* ou de limpeza e vigilância entre variadíssimos outros.

Num hospital, a farmácia encomenda os produtos, recebe-os, armazena e distribui-os pelos diversos serviços sob controlo de um farmacêutico. A responsabilidade logística é partilhada entre o farmacêutico e a direcção dos serviços económicos do hospital que trata, também, de todas as outras distribuições.

No entanto, sente-se a necessidade de agilizar mais essa logística, adaptando-a à organização hospitalar e simplificando a gestão diária dos recursos materiais. A este respeito vão emergindo ferramentas e instrumentos de gestão para aproximações logísticas na saúde, organizando-se em sistemas. Segundo Carvalho e Ramos (2009), existe uma grande variedade de instrumentos, ferramentas e aproximações de gestão. Iremos apenas apresentar alguns dos instrumentos que poderão ser utilizados na gestão de recursos materiais. Temos então, os fluxogramas – onde a sua representação gráfica determina os passos necessários para o desenvolvimento de determinado processo, dos *inputs*, os *outputs*; sendo que a sua notação é relativamente universal (por exemplo: notação ANSI-American National Standards Institute).

Temos ainda as *checklists*, que são auxiliares de memória, que segundo Carvalho e Ramos (2009), compreendem actividades a efectuar no âmbito de um determinado processo ou tarefa. São consideradas muito úteis no contexto dos prestadores de cuidados.

As cartas de controlo, que são gráficos que acompanham, o desempenho, a performance de um processo, actividade ou tarefa.

As árvores causa-efeito são ferramentas gráficas de segregação ou hierarquização de problemas (causas) por tipologias diferentes (os 6M – método de trabalho, matérias primas, mão de obra, máquinas, medidas de desempenho e meio ambiente), no sentido de emergir oportunidades de melhoria (Carvalho e Ramos, 2009).

Ferramentas de gestão que permitem agilizar a entrega de material nos serviços. As Unidades Hospitalares dispõem de um PDA (terminal móvel) que permite fazer o registo on-line de todos os produtos consumidos. O sistema garante a existência de um inventário permanente, actualizado on-line, cuja informação é recebida no Armazém. Desta forma, é

o próprio sistema que faz os alertas da quantidade de material a repor nos Serviços, face aos níveis acordados. Com um modelo de reposição, e da tecnologia inerente, é possível reduzir os stocks existentes nas unidades hospitalares, bem como no Armazém Geral, rentabilizar os recursos humanos e materiais, e garantir a manutenção do inventário permanente dos materiais existentes. Permite, ainda, fazer o controlo efectivo dos prazos de validade dos bens, evitando desperdícios. Em termos económicos o resultado é extremamente positivo. Dentre outros propósitos, o mais importante no sistema de administração da produção através desta ferramenta, assim como em qualquer outro sistema, é o de aumentar a produtividade e reduzir os custos através da eliminação de todos os tipos de funções desnecessárias ao processo produtivo (Saúde SA, 2005).

Outras ferramentas, como por exemplo mapas, identificação dos desperdícios e trabalho em equipa, ferramentas que baseiam-se nos propósitos da metodologia 5S que visam melhorar a eficiência através da adequada utilização de materiais, especialmente os desnecessários, organização, limpeza e identificação de materiais e espaços e a manutenção e melhoria do próprio 5S. Dentro dos principais benefícios da metodologia 5S são apontados como:

- Maior produtividade pela redução da perda de tempo procurando por objectos. Só ficam no ambiente de trabalho os objectos necessários e ao alcance da mão.
- Redução de despesas e melhor aproveitamento de materiais. O acúmulo excessivo de materiais tende à degeneração.
- Melhoria da qualidade de produtos e serviços
- Menos acidentes do trabalho.
- Maior satisfação das pessoas com o trabalho.

Como refere Carvalho e Ramos (2009), a aplicação de um instrumento, uma ferramenta em contexto logístico na área da saúde, revela-se tão ou mais importante que noutros contextos já conhecidos. Sem dúvida a introdução da gestão na prestação de cuidados de saúde não só melhorará a eficiência e a eficácia nos serviços, como garantirá um pensar de melhoria contínua. Importa referir, que esta forma de gestão será tanto mais “rica” quanto mais participado forem com colaboradores dessa organização.

1.4 Supply Chain Management/Gestão de Cadeia de Abastecimento

Cadeia de abastecimentos pode ser definida como o ciclo dos processos que compreendem os fluxos físicos, informativos, financeiros e de conhecimento, cujo objectivo é satisfazer os requisitos do consumidor final com produtos e serviços de vários fornecedores ligados (Ferreira, 2009). A cadeia de abastecimentos, no entanto, não está limitada ao fluxo de produtos ou informações no sentido Fornecedor → Cliente. Existe, também, um fluxo de informação, de reclamações e de produtos, entre outros, no sentido Cliente → Fornecedor (Ayers, 2001, p. 4-5).

O *Supply Chain Management* (SCM) é a gestão da cadeia de abastecimento. Segundo vários autores, a competição no mercado global não ocorre entre empresas, mas entre cadeias de abastecimentos. A gestão da logística e do fluxo de informações em toda a cadeia permite aos executivos avaliar pontos fortes e pontos fracos na sua cadeia de fornecimento, auxiliando a tomada de decisões que resultam na redução de custos, aumento da qualidade, entre outros, aumentando a competitividade do produto e/ou criando valor agregado e diferenciais em relação a concorrência (Shapiro, 2000; Ferreira, 2009).

Esses resultados são obtidos à medida que a gestão da cadeia de abastecimento simplificar e acelerar as operações que estão relacionadas com a forma como os pedidos do cliente são processados pelo sistema, até serem atendidos; e também, com a forma das matérias-primas serem adquiridas e entregues pelos processos de fabricação e distribuição.

È fundamental que as empresas se preocupem com a integração desses conjuntos de soluções de gestão, automatizadas através da tecnologia de informação (Simchi-Levi, 2003), pois só assim será possível obter maior vantagem estratégica e competitiva. Uma boa gestão da cadeia de abastecimentos, começa na avaliação dos gastos, no modelo actual de compras, na avaliação dos índices financeiros aplicados na renovação dos contratos por fornecedores (Simchi-Levi, 2003), não basta colocar um software de administração da cadeia, se não alterar o modelo de gestão.

Os resultados que se esperam da utilização de sistemas que automatizem o SCM são (Ferreira, 2009):

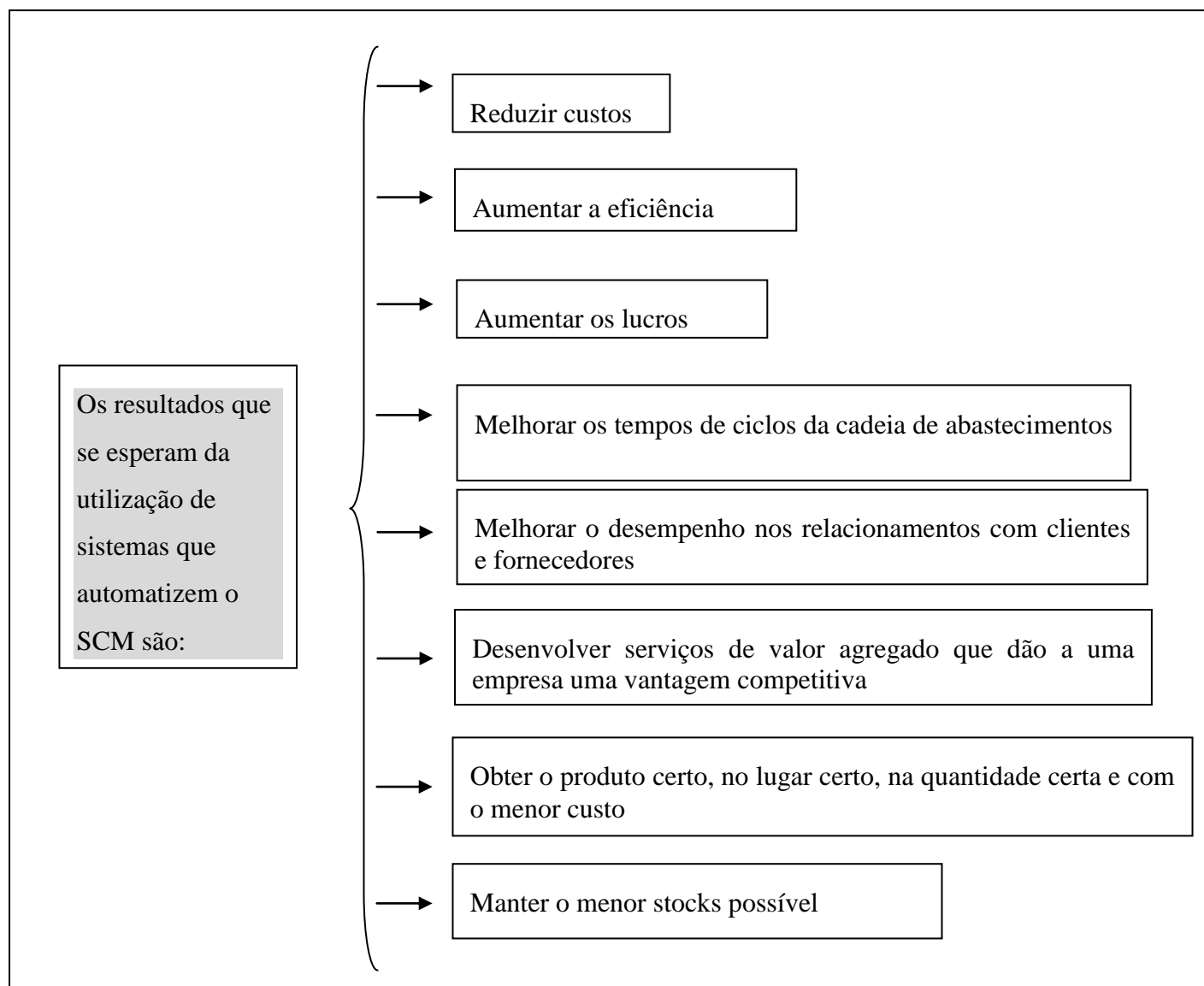


Figura 1 - OS RESULTADOS QUE SE ESPERAM DA UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS QUE AUTOMATIZEM O SCM

Fonte: Adaptado, Ferreira, 2009

Assim a GCA é um mecanismo que permite inter-relacionar as diferentes funções dentro da cadeia de abastecimento, como o marketing, a distribuição, a produção, o planeamento e as compras (Ferreira, 2009). Esta é uma definição muito abrangente, centrada no cliente, que considera a identificação e desenvolvimento de novos produtos, o marketing, a distribuição, o financiamento e o serviço ao cliente como partes integrantes da cadeia de abastecimento. Aplicado aos hospitais e sistemas de saúde, esta definição pode ser interpretada para incluir o fluxo de produtos e serviços associados para preencher as necessidades do hospital e daqueles que servem os doentes. Na realidade, a cadeia de

abastecimento nos sistemas de saúde é, consideravelmente mais complexa e abrangente do que noutros sectores.

Os gestores hospitalares estão sujeitos a desafios únicos, sendo necessário considerar quatro grandes processos associados com a cadeia de abastecimento de um hospital. Os três primeiros processos estão relacionados com a gestão da relação com o cliente, gestão interna de abastecimento e gestão da relação com fornecedores. Devido à natureza única do sector da saúde, o gestor da cadeia de abastecimento do hospital relaciona-se com uma grande variedade de organizações que gravitam no espaço entre fornecedores e hospital. Estas relações referem-se a distribuidores, delegados de informação médica, médicos, outros.

Esta cadeia de abastecimento única requer que um gestor mantenha permanentemente uma perspectiva global: prestar atenção à gestão interna de abastecimento, nomeadamente em relação às preferências do utilizador final dos produtos, ao mesmo tempo que não descure o modo como os fornecedores, distribuidores, médicos e outros parceiros afectam o mercado.

As Organizações Hospitalares procuram novas e inovadoras formas de aumentar a sua competitividade. E isto só será possível através de altos níveis de desempenho.

A GCA é um conceito que ganha cada vez mais popularidade. Os responsáveis pelas compras proactivos, estão a reduzir custos ao efectuarem uma análise de valor aos materiais, ao formarem parcerias com os fornecedores, ao exigirem a diminuição das embalagens ou a sua reutilização e ao influenciarem os processos de especificação de materiais (Ferreira, 2009).

Segundo Nogueira (2008), o hospital público compra genericamente três tipos de produtos: material consumo clínico, produtos farmacêuticos e equipamentos. Cada uma destas categorias tem uma cadeia de valor diferente e uma estrutura de intermediação diferenciada.

O funcionamento da estrutura de compras poderá ser orientado para adopção das melhores práticas; entre estas, a análise das expectativas dos fornecedores e dos clientes com o intuito de recolher informação; a orientação para o envolvimento dos colaboradores e a partilha de responsabilidades; a fixação de objectivos e o processo de planeamento que lhe está subjacente indiciam o recurso a instrumentos inovadores de gestão, nomeadamente: o

*benchmarking*⁵, o *empowerment*⁶ e a *excelência*.

Para Nogueira (2008) a estratégia de compras, a nível hospitalar, pode ser analisada em duas ópticas: clientes internos e mercado da oferta. A estratégia orientada para os clientes internos, centra-se nas interdependências departamentais e na melhoria contínua, quer nos fluxos de trabalho/processos, quer nos sistemas de informação. A estratégia orientada para o mercado da oferta assenta na selecção e negociação com os fornecedores. Entre as estratégias de compras nos hospitais, Ferreira (2001) cita a negociação de preços, obtenção de descontos baseados em volume, controlo da obsolescência⁷ e perda, adopção de políticas da qualidade e padronização, como os mais relevantes.

1.4.1 Clientes Internos e Externos

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais que se assumem como utilizadores finais do produto, são considerados como parte integrante da gestão da relação com o cliente. São considerados clientes internos, uma vez que a maior parte deles são empregados das organizações e participam diariamente na selecção, abastecimento e utilização dos produtos. Nalguns casos, porém, alguns destes profissionais apenas trabalham temporariamente nas instituições e têm uma intervenção mínima na gestão do abastecimento. No entanto, esperam que a cadeia de abastecimento lhes forneça os produtos e serviços necessários para cumprir com o seu trabalho. Quando os produtos não estão disponíveis ou são inaceitáveis, a organização enfrenta o risco de não poder prestar o serviço a que está destinada. O doente, por sua vez, é o cliente final de uma efectiva cadeia

⁵ Benchmarking é a busca das melhores práticas na indústria que conduzem ao desempenho superior. É visto como um processo positivo e pró-activo por meio do qual uma empresa examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar como realizar a mesma ou uma função semelhante. O processo de comparação do desempenho entre dois ou mais sistemas é chamado de benchmarking, e as cargas usadas são chamadas de benchmark.

⁶ *Empowerment*, ou delegação de autoridade, é uma abordagem a projectos de trabalho que se baseia na delegação de poderes de decisão, autonomia e participação dos funcionários na administração das empresas.

⁷ Obsolescência é a condição que ocorre a um produto ou serviço que deixa de ser útil, mesmo estando em perfeito estado de funcionamento, devido ao surgimento de um produto tecnologicamente mais avançado

de abastecimento. Um bom abastecimento assegura a disponibilidade e qualidade dos produtos e serviços necessários para atingir elevados níveis de satisfação. Esta combinação única de clientes externos e internos é um factor que complica, ainda mais, a tarefa de um gestor hospitalar (Ribeiro, 2009; Nova 2008, Costa, 2005, INA, 2002).

1.4.2 *Papel Central do Profissional de Saúde*

Na generalidade dos sectores, as decisões acerca do produto a comprar não são deixadas à consideração de inúmeros utilizadores que, por sua vez, servem milhares de clientes cujas necessidades mudam diariamente.

A realidade hospitalar é que existem algumas centenas de profissionais de saúde que servem as necessidades de milhares de doentes. Os médicos avaliam a situação do seus doentes e decidem, dentro de parâmetros aceitáveis, quais os cuidados de saúde adequados para cada caso. As decisões médicas para cada caso levam a uma variabilidade elevada na escolha de produtos, mesmo em pacientes em situação semelhante. A literatura americana denomina “*physician preference items*”, produtos pelos quais os médicos possuem uma marca de preferência, sendo muito difícil fazê-los optar por outro. Esta preferência deve-se a fidelidade que existe no produto e à satisfação com relação a ele (Burns, 2002). Esta falta de padrões de escolha contribui para a necessidade dos hospitais possuírem em stock uma variedade enorme de produtos básicos. Para além disso, as decisões médicas também influenciam o tempo de hospitalização dos doentes, o que afectará o consumo de materiais e recursos da instituição.

Os doentes que chegam a um hospital constituem, na sua grande maioria, casos distintos, o que requer a existência em stock de muitos produtos diferentes para responder às diversas solicitações.

Um outro aspecto a reter, é o facto de ser normal os médicos desenvolverem relações duradouras com fornecedores em relação a alguns produtos, seja por questões de desenvolvimento contínuo, ou apoio tecnológico. Alguns clínicos são “*leais*” a determinados produtos e resistentes a mudanças, mesmo confrontados com

desenvolvimentos tecnológicos. Para Ferreira (2001), a gestão de recursos materiais e de medicamentos em hospitais caracteriza-se pela diferente participação dos mais diversos profissionais: o médico, que determinam uso de materiais e medicamentos; os enfermeiros que os utilizam e administram; os farmacêuticos que administram a farmácia; e os auditores das fontes pagadoras que procuram divergências entre o uso e o pagamento dos produtos finais. O Consumidor final-doente, não tem influência sobre a determinação do produto que irá consumir

Para o gestor de recursos materiais, este é um ambiente complexo, onde as preferências destes profissionais devem ser medidas e confrontadas com as necessidades de melhoria e mudança da organização (INA, 2002; Simões, 2004; Carvalho e Ramos, 2009, Ribeiro, 2009).

1.4.3 Serviços Diferentes/Necessidades Distintas

Uma das características mais marcantes de um hospital é que as necessidades variam consoante os departamentos. Em áreas em que a introdução de novas tecnologias é limitada, como é o caso da medicina interna e psiquiatria, as necessidades de novos produtos é menor quando comparada com a cirurgia cardíaca, por exemplo, onde continuamente surgem novos produtos e processos (Carvalho e Ramos, 2009; Ribeiro 2009).

1.4.4 Autoridade Exterior

Enquanto muitas decisões diárias são deixadas aos profissionais de saúde, existe um forte ambiente regulador associado a instituições prestadoras de cuidados de saúde no que respeita à selecção e utilização de muitos produtos. Todos os produtos novos, desde fármacos, suplementos alimentares ou dispositivos médicos requerem uma autorização

prévia para poderem ser adquiridos ou utilizados. Perante este cenário os gestores devem procurar conhecer a realidade actual do mercado, mas também antever possíveis alterações futuras que possam conduzir a alterações de “*sourcing*” e de contratação de produtos e serviços (Ribeiro, 2009; Okazaki, 2006)).

1.4.5 Milhares de Produtos/Processos e Utilizações

Inúmeras organizações trabalham no sentido de assegurar que dezenas de milhares de produtos estão disponíveis para responder às necessidades clínicas dos doentes. Uma das maiores dificuldades na gestão da cadeia de abastecimento de um hospital está relacionada com o elevado número de categorias de doenças e situações clínicas, o que pressupõe a existência de um vastíssimo stock de produtos para fazer face às exigências que surgem diariamente. Esta situação não se verifica na generalidade de outros sectores. É difícil encontrar outra “*indústria*” que tenha tantas unidades distintas, a operar a um nível elevado, diariamente. Apesar da complexidade de um hospital, e da generalidade das organizações de saúde, não se encontram muitos casos de problemas provocados por rupturas de stocks (Costa, 2005).

1.5 Serviço de Aprovisionamento

Segundo Parreira (2005, p. 282): “*Numa organização hospitalar, pela diversidade e complexidade inerente à gestão de recursos materiais, torna-se necessária a existência de um serviço especializado denominado – Serviço de Aprovisionamento*”. Aprovisionamento é uma função ou conjunto de actividades com o objectivo de garantir a disponibilidade dos bens necessários ao funcionamento dos serviços de saúde, na quantidade e qualidade adequadas, no momento oportuno e pelo menor custo. A tabela 3 apresenta vários conceitos relacionados com serviço aprovisionamento.

O serviço de aprovisionamento só poderá funcionar com eficiência quando os vários serviços ou departamentos que o compõem trabalharem entre si de modo coordenado.

Salienta-se que entre os serviços de aprovisionamento e os restantes serviços da instituição não existe apenas fluxo de materiais, mas também fluxo de informação:

- Os serviços de assistência e os serviços gerais planeiam as suas necessidades de materiais e calendarizam prazos e formas de entrega;
- Os serviços administrativos procedem ao controlo e rectificação das facturas e efectuem os respectivos pagamentos.

De acordo com o regulamento geral dos hospitais, para estabelecer a ligação entre os diversos serviços existem determinados grupos ou comissões inter-serviços, permanentes ou eventuais: comissão de escolha de materiais, comissão de farmácia e terapêutica, comissão de recepção de materiais.

Segundo Parreira (2005), as comissões de escolha são nomeadas pelos órgãos máximos da instituição e detêm um papel importante no processo de compras, na medida em que a adjudicação do material irá assentar em critérios definidos por esta comissão e que irão determinar a escolha do fornecedor. O enfermeiro é, frequentemente, solicitado a integrar estas comissões, colocando-o, o seu parecer técnico, decorrente da sua experiência como utilizador, o numa posição privilegiada neste processo e permitindo uma escolha mais adaptada às necessidades das Unidades Hospitalares.

O serviço de aprovisionamento deve disponibilizar de um modo permanente os bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento de cada unidade hospitalar, em quantidade, em qualidade, no momento oportuno, ao menor custo e com a segurança desejada. É sem dúvida um serviço de apoio logístico que assegura o fornecimento de bens e serviços de toda a estrutura orgânica do hospital.

Serviço de Aprovisionamento			
Gestão do stock inclui	Custos inerentes à existência de stocks	Conhecimentos determinantes	Caracterização da Procura
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinação económica dos diferentes custos inerentes ao stock, das quantidades que devem existir de cada produto, da periodicidade das encomendas, de forma a minimizar os custos totais de aprovisionamento (custos do stock e da aquisição). ▪ Gestão administrativa do stock - registo informativo de entradas, saídas, encomenda, valor de cada artigo, inventário) ▪ A gestão material do stock ▪ Gestão dos armazéns: espaços, condições de armazenamento, recepção, controlo e distribuição dos materiais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custos financeiros – capital investido, juros, inclui o custo de oportunidade : O dinheiro investido no stock não pode ser investido noutra coisa. ▪ Custos de armazém : acondicionamento, pessoal, espaço, seguros, ▪ Custos de depreciação : O que se estraga, o que perde a validade, o que fica obsoleto, ▪ Custos administrativos : Gestão do stock (actualização, pedidos, reclamações, controle, inventário) ▪ Custos de ruptura : não são tangíveis. São mais difíceis de quantificar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custos dos stocks, ▪ Características da procura, ▪ Prazos de fornecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualidade das previsões ▪ Sistema de distribuição ▪ Dimensão e frequência das encomendas ▪ Perfil de procura

Tabela 3 – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO

Fonte: Adaptado Parreira, 2005

1.6 Gestão Compras Hospitalares

Na década de 1960 e 70, a grande preocupação dos executivos de compras era o preço do produto, o fluxo contínuo de abastecimento e o custo do stock

Na década de 80, Kraljic (1983) publicou um artigo: “*Purchasing must become Supply Management*”, em que criticava as actividades puramente transacionais de compras e

propunha uma nova forma de gestão de abastecimentos, esta muito mais estratégica.

Algumas organizações mudam o nome da área de compras para Gestão de Abastecimentos (*Supply Management*), para reflectir a transição de uma função baseada nas transacções para uma mais estratégica. O foco da gestão de compras expande-se, passando a abranger também a gestão das interacções com os fornecedores. Surgia, assim, o conceito de *Supply Chain Management* – que é a gestão de fluxo de produtos de forma alinhada, sincronizada, com reduções de stocks entre a empresa e seus fornecedores (Okazaki, 2006).

O conceito de compras foi, ao longo do tempo, enriquecido, à medida que a complexidade nos negócios foi aumentando e, assim, o seu papel estratégico ficou cada vez mais evidente. Na área da saúde, e devido a sua especificidade, o Estado é simultaneamente, na grande maioria dos casos, prestador do serviço, pagador, e através dos profissionais de saúde, prescriptor e decisor da compra. O receptor dos produtos e/ou serviços, assume a sua condição de paciente e é exterior ao processo de decisão. Para Okazaki (2006), envolvimento dos profissionais de saúde nomeadamente, médicos pela sua prescrição e enfermeiros pela sua gestão, utilização e administração, nas compras parece-nos ser de fundamental importância citando Mckone-Sweet et al.(2005) e Stark (2004). Para esta autora, apresenta-se, de seguida, algumas práticas bem sucedidas para envolvimento destes profissionais:

- Explicação da compra baseado em dados de “*Benchmarking*” com outros Hospitais (HFMA, 2002; Ballard, 2005; Neumann, 2003);
- Formação dos profissionais com relação às metodologias de projecto de padronização (McGinnis, 2005);
- Liderança, por um profissional de cada uma das classes, de forma a facilitar a comunicação e diminuir a resistência (Long, 2005).

Segundo Nogueira (2008), uma tendência observável em termos de reformas da saúde, foi a retirada do Estado do envolvimento directo em termos de prestação de cuidados, da sua gestão e do seu planeamento, mas também é reforçado a este “*organismo*” o seu papel ao nível da supervisão global de todo o sistema, monitorizando o desempenho das várias instituições. Perante toda esta conjuntura, os responsáveis das instituições são pressionados a estabelecer e/ou reformular os planos estratégicos das instituições, abandonando, como se reforça, a velha preocupação da gestão com base em orçamentos pré-definidos,

centrando todos os seus esforços no ambiente externo à instituição, concretamente na gestão da rede de fornecedores, para que tais estratégias se tornem apropriadas. Esta alteração pressupõe a elaboração de um plano estratégico interno, concretamente no caso das compras, este plano deve se basear num modelo dinâmico e participativo orientado para a optimização da actividade “*compras*”, enquanto função subsidiária da função de “*bem-estar social*” (satisfação dos clientes últimos). De forma sintetizada, Nogueira (2008) diz-nos que as grandes linhas de actuação que determinam a gestão logística das compras se orientam no sentido de alcançar os seguintes objectivos estratégicos:

- Garantir a disponibilidade de produtos e/ou serviços para o concreto funcionamento da função “*bem-estar social*”;
- Optimizar a relação qualidade/serviços/prazos;
- Adequar a organização administrativa e a legislação aos novos modelos de gestão.

1.6.1 Centralização de Compras no Sector da Saúde

À medida que o abastecimento dos hospitais se torna uma grande fatia das despesas, as probabilidades e consequências do risco associado às compras aumentam. Barbière e Machaline (2006), afirmam que a gestão eficiente de recursos materiais pode trazer importantes contribuições para a melhoria dos serviços hospitalares, por meio de redução de custos e melhoria dos serviços prestados.

Os *Group Purchasing Organizations*, surgem nos EUA na década de 1970, quando os hospitais regionais se reuniram para realizar compras comuns (Nollet e Beaulieu, 2005). Para estes autores este “*Group*” era uma estrutura formal ou virtual que facilita a consolidação destas organizações. A consolidação é uma prática de compras usada para transferir para uma entidade central actividades como: cotação, avaliação de fornecedores, negociação e gestão de contratos. Os seus membros obtêm condições mais favoráveis do que se fossem negociar individualmente. Para Burns (2002), a consolidação de

abastecimentos e serviços oferece aos hospitais uma oportunidade de gerar economias de escala. Para Hovenkamp (2002) as economias de escala podem reduzir o custo de aquisição de 10 a 15 %. Para Matos (2009) as mais-valias da centralização das compras são essencialmente: economias de escala, o acesso à especialização, a racionalização com partilha de custos, o poder de negociação e informação de gestão de apoio à decisão

Segundo Matos (2009) uma central de compras disponibiliza uma plataforma empresarial que visa a centralização, optimização e racionalização da aquisição de bens e serviços e a disponibilização futura de serviços de logística.

Esta central apresenta as seguintes competências apresentadas na tabela 4:

Estratégias de compras	Sourcing	Procurement	Pagamentos	Monitorização do desempenho	Oferta de valor
<ul style="list-style-type: none"> • Formulação das estratégias de negociação, de agregação e de uniformização de bens e serviços; • Planeamento de necessidades - plana global de compras e planos sectoriais dos prestadores; 	<ul style="list-style-type: none"> • Prospeção de fornecedores; • Negociação de contratos; • Adjudicação de contratos de bens e serviços do catálogo; • Gestão de bens e serviços do catálogo; • Avaliação e qualificação de fornecedores; • Definição de requisitos técnicos; • Análise técnica de propostas; • Avaliação técnica e realização de testes de produto; 	<ul style="list-style-type: none"> • Requisição de bens e serviços; • Emissão de encomendas aos fornecedores; • Recepção de produtos (verificação/ devolução); • Aferição da qualidade e das características técnicas (compras complexas); • Controlo dos serviços recebidos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção, conferência, registo e aprovação de facturas; • Autorização e pagamento; • Conferência com bens físicos (para compras extra); 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de poupanças e preços • Revisão e modificação de condições de fornecimento • Análise de performance das operações • Prestação de informação de gestão • Monitorização da performance dos fornecedores • Monitorização do cumprimento de SLA's (Service Level Agreement) • Monitorização de resultados 	<p>A oferta de valor de uma central de compras organiza-se em módulos, passíveis de adesão parcial e progressiva, de acordo com as necessidades dos aderentes.</p> <p>Os módulos poderão ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Compras centralizadas (por grupos de produtos) 2 - Armazenagem 3 - Sistema informático 4 - Distribuição/Logística

Tabela 4 – COMPETÊNCIAS DE UMA CENTRAL DE COMPRAS

Fonte: Adaptado, Felício, 2009

O objectivo das compras é, afinal, garantir a qualidade do produto e/ou serviço, a quantidade “certa”, o prazo entrega na hora negociada e o “melhor” preço.

Existem razões para acreditar que o controlo de custos quer de produtos quer de serviços permitirá, de alguma forma, controlar a despesa dos hospitais. A bibliografia analisada

mostra que a ligação a uma rede de fornecedores qualificados é um factor crítico para a sustentação de uma vantagem de mercado, no entanto de nada valerá boas compras se em cada unidade hospitalar ocorrem desperdícios.

De acordo com o que se verificou anteriormente, julga-se, necessário analisar a importância da enfermagem na gestão hospitalar. Sabemos que os hospitais têm ao seu serviço comissões de escolha de materiais hospitalares e que essas comissões funcionam a com base na consultadoria fornecida por enfermeiros, por outro lado, sabemos que são os enfermeiros os que mais utilizam os recursos materiais, nomeadamente o material de consumo clínico aqui estudado nesta investigação.

CAPÍTULO II

ENFERMEIROS – GESTORES HOSPITALARES

1. A ENFERMAGEM NA GESTÃO HOSPITALAR

Enfermagem é a arte de cuidar, mas também uma ciência, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral



e holístico, desenvolvendo-se de forma autónoma ou em equipa actividades de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correcção normativa e a ética, numa abordagem epistemológica efectivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades (ICN, 2000; ICN, 2003).

Nos seus primórdios tinha estreita relação com a maternidade e era exclusivamente feita por mulheres. A enfermagem moderna, com as suas bases de rigor técnico e científico, começou a se desenvolver no século XIX, através de Florence Nightingale, que estruturou o seu modelo de assistência depois de ter trabalhado nos cuidados aos soldados durante a guerra da Criméia. A sua assistência, baseada em factos observáveis, prestou uma valiosa contribuição na recuperação dos moribundos e iniciou uma nova vaga do conhecimento em enfermagem, através do carácter científico que lhe impunha. Caracterizava-se nessa altura pela realização de registos clínicos, dando origem à implementação do ainda actual, e mundialmente adaptado, processo clínico do doente.

Hoje a enfermagem é uma profissão com grandes responsabilidades nos serviços da saúde, nomeadamente na implementação, desenvolvimento, coordenação e organização dos serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2. COMPETÊNCIAS NA GESTÃO

O termo competência é, actualmente, muito utilizado no discurso social. A abordagem pelas qualificações desloca-se para a abordagem pelas competências. A formação é dirigida para o desenvolvimento de atitude e autonomia, adaptabilidade, de aprender a aprender.

A competência não pode ser confundida com qualificação, pois a formação não produz competências, como afirma Hesbeen (2001). A formação produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente, se transformarão em competências. Cada experiência do nosso dia-a-dia tem uma competência própria. Quem cuida, independentemente da sua qualificação, proporciona e determina a sua competência.

Sabendo que competência é diferente de qualificação, Pires (1994, p.8) diz-nos que:

“Qualificações podem ser entendidas como conjuntos de saberes resultantes de formações explícitas, passíveis de serem medidos ou

certificados: As competências como conjuntos de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada, que se manifestam em situações concretas de trabalho, sendo muito mais difíceis de avaliar.”

As competências desenvolvem-se a partir do percurso pessoal e profissional do indivíduo.

O desenvolvimento da estrutura do sujeito, aos níveis cognitivo, afectivo, motor, relacional e transformativo, saberes estes necessários ao pensar, decidir e agir, quando mobilizados pelo indivíduo, sugerem a noção de competência (Abreu, 2001).

Para Guerra (1998, p.19) *“competências são globalmente constituídas pela capacidade individual e (no limite) subjectiva de poder utilizar as suas qualificações, os seus saber-fazer e conhecimentos na realização de uma actividade, de uma tarefa”*.

Segundo Milligan, citado por Abreu (2001, p. 106), defende, no âmbito das suas reflexões sobre competências que *“talvez a mais importante conclusão que gostaria de referir é que (...) a competência deve ser definida em referência ao contexto onde é mobilizada”*.

Hesbeen (2001), refere-se à competência como uma realidade dinâmica em que se aplica todo o saber e experiência adquirida – um saber agir. Reforça, ainda, que cabe a cada indivíduo a ideia de definir e de construir as suas competências. Descreve-nos a competência em forma de triângulo apontado para a acção, onde os seus três vértices combinam o saber agir, o poder agir e o querer agir. O saber agir exige o conhecimento, as habilidades e os recursos do enfermeiro. O poder agir é influenciado pelos meios disponíveis, pela circulação de informação e pelo tipo de gestão. Por final o querer agir é a prova de que o enfermeiro possui boa imagem de si e de auto-confiança, é aqui que o enfermeiro se sente reconhecido pelo seu desempenho profissional.

Outra perspectiva é definida por Pires (1994), onde esta considera o modelo de competência profissional a partir de três dimensões: a técnica, a social e a política. A estas três dimensões acrescenta uma outra, a pessoal ou individual, pois paralelamente aos saberes e saberes fazer evidencia-se outro tipo de capacidades.

Percebe-se, por esta apreciação, que o uso do termo *“competência”* sugere aplicações diversas, logo uma definição única é difícil de ser encontrada. O termo pode ser usado na

esfera do trabalho, na esfera da educação, em substituição de velhos conceitos como por exemplo, a aptidão, a capacidade, a adequação. Assim, definir competência é complexo, pois existem várias interpretações utilizadas com diversos sentidos, por reunir em si um conjunto de capacidades, conhecimentos, qualidades, aptidões e experiências em progressão contínua.

Os saberes são socialmente construídos, a aquisição de competências é feita ao longo do tempo, através da história pessoal e social. Assim, a competência é construída ao longo de um percurso feito de experiências, de projectos e de práticas, de estudos e de actividades, por aspectos operativos, afectivos e intelectuais. Toda a socialização do indivíduo não será determinante nas suas competências, mas a aquisição de conhecimentos é feita a partir de uma estrutura de aquisição do próprio indivíduo, que vai sendo construída ao longo da sua história pessoal e profissional.

Conclui-se que a competência é um conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que habilitam para a discussão, a consulta, a decisão de todos os actos profissionais. Consideramos que não há competência total se os conhecimentos teóricos não forem acompanhados das qualidades e da capacidade que permitam executar as decisões sugeridas. A competência não é mais de que um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que afectam a maior parte do trabalho de um indivíduo e que se relaciona com o desempenho desse mesmo trabalho.

O Enfermeiro Gestor deve possuir competências na área da Gestão de Recursos Materiais e conhecer estratégias de contenção de custos. São, geralmente, estes enfermeiros ligados à gestão das unidades de cuidados, que fazem a gestão dos recursos materiais e equipamentos. E este facto acontece porque são estes enfermeiros que têm uma maior percepção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e que poderão contribuir para a eficiência, objectivando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. Então, a eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou com os mesmos recursos se obtivermos mais resultados. É, assim, possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos e sem desaproveitamentos, sejam os recursos humanos, materiais ou financeiros. Mas também é

elementar que se entenda que não se pode sacrificar a qualidade dos cuidados em nome da eficiência, devendo o enfermeiro utilizar algumas ferramentas de gestão (Nova, 2008). Os enfermeiros ligados à gestão das unidades de cuidados podem directamente interferir na eficiência, racionalizando os gastos e estruturando a utilização desse material; identificando onde se gastam mais recursos; tentando optimizar a sua utilização, fazendo de estratégias e ferramentas de alto nível de desempenho. Segundo Nova (2008), o enfermeiro com funções de gestão é, hoje, um actor social que actua na gestão da mudança e na mudança da gestão.

3. ENFERMEIRO COM FUNÇÕES DE ADMINISTRADOR/GESTOR

A administração é uma ciência social aplicada e fundamentada num conjunto de normas e funções elaboradas para disciplinar elementos de produção. A administração estuda os empreendimentos humanos com o objectivo de alcançar um resultado eficaz e retorno financeiro de forma sustentável e com responsabilidade social, ou seja, é impossível falar em Administração sem falar em objectivos. Em síntese, o administrador é a ponte entre os meios (recursos financeiros, tecnológicos e humanos) e os fins (objectivos). Como elo entre os recursos e os objectivos de uma organização, cabe ao administrador combinar os recursos na proporção adequada e, para isso, é necessário tomar decisões constantemente num contexto de restrições, pois, nenhuma organização, por melhor que seja, dispõe de todos os recursos e também a capacidade de processamento de informações do ser humano é limitado. Administrar envolve a elaboração de planos, pareceres, relatórios, projectos, arbitragens e laudos, em que é exigida a aplicação de conhecimentos inerentes às técnicas de Administração. Surge então a Inteligência Organizacional é a capacidade colectiva disponível numa organização para identificar situações que justifiquem iniciativas de aperfeiçoamento, conceber, projectar, implementar e operar os sistemas aperfeiçoados, utilizando *recursos intelectuais*, materiais e financeiros (Rego e Cunha, 2004; Ribeiro, 2009).

Fayol (1966) foi o primeiro a definir as funções básicas do Administrador: planejar, organizar, controlar, coordenar e comandar. Actualmente, sobretudo com as contribuições da Abordagem Neoclássica da Administração, em que um dos maiores nomes é Peter Drucker, os princípios são conhecidos como Planejar, Organizar, Dirigir e Controlar. Ressalte-se, então, que destas funções as que sofreram transformações na forma de abordar foram "*comandar e coordenar*" que, actualmente, se denominam Dirigir (Liderança).

Podemos dizer que as principais funções administrativas são:

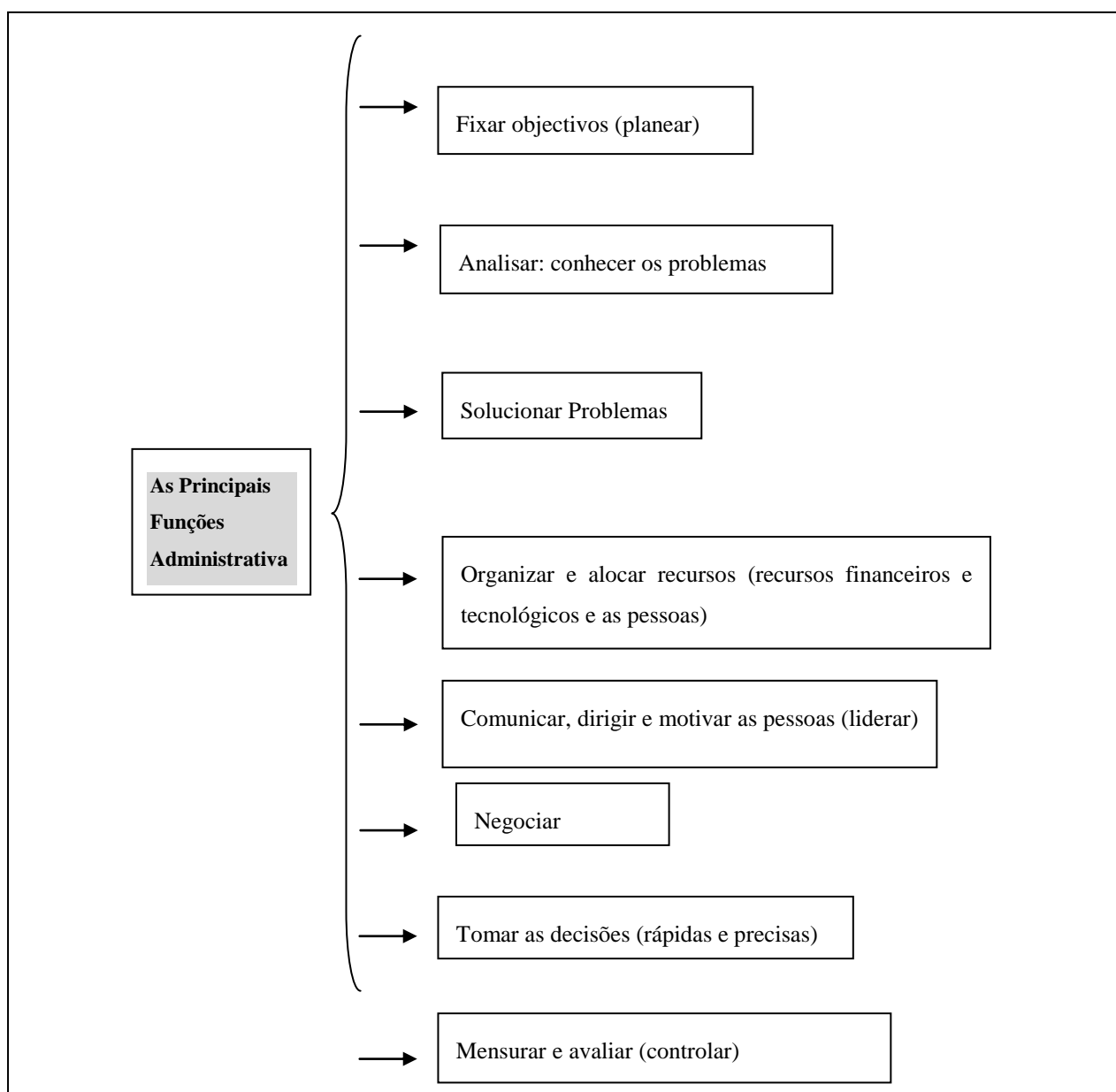


Figura 2 – FLUXOGRAMA: AS PRINCIPAIS FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS

Fonte: Elaboração Própria

A Gestão de Organizações supõe a existência de uma instituição a ser administrada ou gerida, ou seja, um agrupamento de pessoas que se relacionem num determinado ambiente, físico ou não, orientadas para um objectivo comum que é a *Organização/ Empresa*, aqui significa o empreendimento, os esforços humanos organizados, feitos em comum, com um fim específico, um objectivo. As instituições (empresas) podem ser públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos.

A necessidade de organizar os estabelecimentos nascidos com a revolução industrial levou os profissionais de outras áreas, mais antigas e maduras, a procurar soluções específicas para problemas que não existiam antes.

Na anterior carreira de enfermagem, regida com Decreto-Lei nº437/91, de 8 de Novembro, alterados pelos Decreto-Lei nº412/98, de 30 de Dezembro e Decreto-Lei nº 411/99, de 15 de Outubro, dizia-nos na secção II, na área de actuação de gestão, artigo 8º, sobre o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro-chefe, a nível de uma unidade de cuidados, e seleccionando às áreas de interesse para esta investigação que competia ao enfermeiro:

- Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;

Com a actual legislação, Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro e relativamente às categorias de enfermeiro, estas subdividem-se em duas, Enfermeiro e Enfermeiro – Principal. Relativamente ao nosso estudo, debruçar-nos-emos sobre esta última categoria.

Assim, refere a mesma legislação (Artigo 10.º) sobre as competências deste enfermeiro:

- “e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre a afectação de meios;*
- h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria e participar nos processos de contratualização;*
- n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades.”*

Segundo o mesmo Decreto-Lei, no seu artigo 18.º, ponto 1, os trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem podem exercer funções de direcção e chefia na organização do SNS, desde que sejam titulares da categoria de enfermeiro principal e obedeçam aos restantes parâmetros estipulados nesse Decreto-Lei.

O ponto 2 do mesmo artigo refere, ainda, que constituem critérios cumulativos de nomeação as competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas e formação em gestão e formação de serviços de saúde.

Todo o enfermeiro, independentemente do seu nível de qualificação, já foi confrontado na sua situação profissional, com exigências não só técnicas mas também relacionais. Todos sabem da importância de trabalhar em grupo, de tomar decisões, ter espírito de iniciativa, ser capazes de liderar e responder a outras situações importantes que lhes são exigidas.

Na enfermagem, fala-se no desenvolvimento das vertentes do desempenho, da técnica científica e da técnica relacional, ou em três dimensões do saber: o saber, o saber fazer e o saber ser e estar. Assim, a avaliação económica de uma organização de saúde torna-se um instrumento para a tomada de decisão sobretudo na aquisição de tecnologias, introdução de novos medicamento, programas de rastreio entre outros. É necessária uma análise comparativa de alternativas em termos dos seus custos e das suas consequências.

Pensemos! Porque é que a avaliação económica é necessária na saúde?

- Reconhecimento de que os recursos são escassos;
- Não podemos adoptar todas as medidas que desejaríamos;
- Necessidades Crescentes (População idosa, novas tecnologias, doenças

crónicas, crescimento da utilização de cuidados);

- Dúvidas Crescentes sobre a eficácia dos cuidados prestados, eficiência, equidade;
- Já que temos que tomar decisões então que utilizemos métodos que sejam sistemáticos;
- As decisões dependem não apenas dos benefícios que vamos usufruir, mas também do que sacrificamos;
- Mecanismos que tornam explícitos os juízos de valor.

Tudo isto gerou necessidades crescentes em saúde, que contribuem para que nos preocupemos, cada vez mais, com um novo conjunto de saberes e competências profissionais.

A mudança da profissão de enfermagem pelos avanços científicos e tecnológicos e as mudanças sociais ocorridas têm contribuído para um aumento das expectativas no que se refere à qualidade dos cuidados de enfermagem. Na área da gestão de Recursos Materiais e contenção de custos, pouco se conhece das Competências do Enfermeiro Gestor. O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto⁸ refere nas competências do Enfermeiro-Director (Art.º 13º, alínea i): *“Elaborar estudos para a determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.”* Este enfermeiro, procurar identificar, medir, valorizar e comparar tanto os custos como os efeitos das alternativas em estudo.

As funções do gestor e reportando para o enfermeiro gestor podemos, num primeiro momento, delimita-las em: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar. No entanto, remetendo para uma classificação mais comum entre nós classificamos em: planejar, organizar, liderar (Carvalho, 2002; Drucker, 1998; Frederico, 2006), aqui bem definidas na tabela 5.

Sintetizámos, na tabela abaixo apresentada, três funções consideradas essenciais pelos autores supra-citados. Outros há, como Pinto e al. (2006, p. 23) para quem a gestão *“é exercida utilizando três funções instrumentais - o planeamento, a organização e funções comportamentais ditas de direcção”*.

⁸ Consultado em www.min-saude.pt, em 15 Maio 2009

O Papel do Administrador/Gestor versus Enfermeiro Administrador/Gestor		
Planear	Organizar	Liderar
<p><i>"Definir o futuro da empresa, principalmente, suas metas, como serão alcançadas e quais são seus propósitos e seus objectivos", ou como "ferramenta que as pessoas e as organizações usam para administrar suas relações com o futuro. É uma aplicação específica do processo decisório."</i></p> <p>O planeamento envolve a determinação no presente do que se espera para o futuro da organização, envolvendo quais as decisões deverão ser tomadas, para que as metas e propósitos sejam alcançados.</p>	<p>Pode-se constatar que, depois de traçada (s) a (s) meta (s) organizacional (ais), é necessário que as actividades sejam adequadas às pessoas e aos recursos da organização, ou seja, chega a hora de definir o que deve ser feito, por quem deve ser feito, como deve ser feito, a quem a pessoa deve reportar-se, o que é preciso para a realização da tarefa.</p> <p>Logo, <i>"organizar é o processo de dispor qualquer conjunto de recursos em uma estrutura que facilite a realização de objectivos. O processo organizacional tem como resultado o ordenamento das partes de um todo, ou a divisão de um todo em partes ordenadas."</i></p>	<p>Liderar envolve influenciar as pessoas para que trabalhem num objectivo comum. <i>"Meta (s) traçada (s), responsabilidades definidas, será preciso neste momento uma competência essencial, qual seja, a de influenciar pessoas de forma que os objectivos planeados sejam alcançados."</i></p> <p>A chave para tal, está na utilização da sua afectividade, na sua interacção com o meio ambiente que actua.</p>

Tabela 5 – O PAPEL DO ADMINISTRATIVO/GESTOR versus ENFERMEIRO ADMINISTRADOR/GESTOR

Fonte: Baseado em Druker, 1998; Frederico, 2006

Em relação às funções instrumentais, o autor acima mencionado organiza-as da seguinte forma: planear, organizar e controlar. Relativamente a esta última função *"quando se passa à fase de execução, controla-se, ou seja, vai-se verificando se as actividades estão a decorrer conforme o planeado ou pelo contrário se há desvios significativos; neste último caso há que perceber as razões desses desvios e que procurar corrigi-los"*, Pinto e tal (2006, p. 24). Quando se fala de gerir pessoas é importante ter em atenção ser competente, reconhecer competência e competências. Pinto e al. (2006, p. 25), explica ainda:

"Que quer para planear, organizar e controlar, quer para executar as actividades há que lidar com pessoas. As pessoas são entidades complexas e diferentes entre si. Há que lhes comunicar instruções e que receber informações delas, que propiciar a comunicação entre elas e com terceiros; há que as motivar para se empenharem nas suas tarefas, há que tomar decisões e que criar condições para que os colaboradores também o possam fazer; há que assegurar a sua liderança para que as coisas sejam realmente feitas. A todas estas actividades comportamentais de um gestor - que incluem nomeadamente, a liderança, a comunicação,

a motivação e a tomada de decisão – damos aqui a designação de direcção”.

4. LIDERANÇA NA GESTÃO

É comum a todas as organizações e a qualquer actividade dos seus gestores o facto de haver necessidade de gerir pessoas. Contrariamente ao que se supõe, não basta ser pessoa para se saber lidar com pessoas. Segundo Pinto et al. (2006), as aptidões, as capacidades e atitudes dos gestores para influenciarem as atitudes e os comportamentos dos seus colaboradores, assume um peso determinante no desempenho das organizações. Sabemos que nem todos os gestores têm qualidades requeridas para serem bons líderes, no entanto nem todas as situações requerem lideranças fortes. Questiona-se se nas Unidades hospitalares deve existir um gestor/ líder ou um líder e um gestor.

Para Cunha et al. (2003, p.268) a liderança é definida como sendo a *“capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros”*.

No universo da liderança uma pessoa só pode ser líder se houver outras que por ela se sintam liderados. O processo de liderança, em enfermagem, é identificado pelos enfermeiros na forma de tomada de decisão e influência. O líder é um tomador de decisões por excelência e é bem sucedido quando compreende a importância dos valores, experiências de vida, preferências e formas de pensar de cada indivíduo que conduz. À medida que as teorias de liderança se vão modificando, também as actuações do enfermeiro como líder de um grupo se vão ajustando, *chefiar* já não pode ser apenas *mandar*, mas também, e fundamentalmente, *comunicar, motivar, persuadir e influenciar positivamente* os comportamentos das pessoas. (Huston e Marquis, 1999).

Segundo Rosa (1994), as pessoas sentir-se-ão mais motivadas se verificarem que o seu líder é eficaz. Uma boa liderança tem, para a produtividade e a qualidade das empresas e organizações modernas, uma particular importância. O líder eficaz é aquele que é capaz de

puxar por si e estimular os outros a alcançar os objectivos. Na exacta concepção da palavra, assume-se como o responsável pelas situações com que se depara e encontra força anímica para seguir em frente, estimulando, também, a sua equipa a acompanhá-lo.

Ao longo dos tempos, a tentativa de definir liderança tem sido uma constante. Existem tantas definições de liderança quanto existem pessoas que tentaram definir o conceito. A liderança pode ser definida como sendo a capacidade de influenciar um grupo em direcção à realização de metas (Robbins, 1999). Como o dizem Rego e Cunha (2009), o bom líder deve transformar os problemas em oportunidades, não gere apenas recursos, tenta rentabilizar os recursos existentes. Rego e Cunha (2009) reforçam a necessidade de duplas lideranças nas organizações. Esta complementaridade é um processo em que duas pessoas (um com maior pendor intuitivo e emocional, outro mais gestor e com “pés mais assentes na terra”). Esta dupla liderança resulta da dificuldade em conciliar dois papéis organizacionais fundamentais – gestor e líder numa mesma pessoa. Rego e Cunha (2009) citando Kotter, afirmam que ninguém pode ser bom a liderar e a gerir, para que as organizações sejam bem sucedidas deve-se combinar um forte liderança e uma forte gestão, usando uma para balancear com a outra.

5. MOTIVAÇÃO NA GESTÃO

Os novos tempos obrigam a mudanças na gestão das pessoas. Novos conceitos, como a visão holística, devem fazer parte da cultura do Enfermeiro Gestor: os enfermeiros que devem actuar como motivadores, que percebem as individualidades dos seus seguidores, orientando-os em prol da equipe, que por sua vez se orienta para a organização. A motivação é inerente ao ser humano, logo deve ser cultivada a sua compreensão. O seu desenvolvimento é básico para que as condutas sejam as mais adequadas.

Mas como se define a motivação?

A dificuldade de chegar a uma interpretação de motivação reside não só na sua diversidade de aspectos e variáveis mas também, e sobretudo, na sua subjectividade e delimitação.

Como nos refere Cunha et al. (2003, p.102), *“trata-se de um constructo invisível, de utilização generalizada nas ciências humanas e abordável segundo uma grande multiplicidade de perspectivas”*.

Uma possível definição de motivação para o trabalho é considerá-la *“como o resultado da interacção entre o indivíduo e a situação, o que ajuda desde logo a entender as origens individual e situacional na variabilidade dos estados motivacionais”*. (Ferreira et al., 2001, p.260)

A motivação pode ser definida como o desejo de adoptar elevados níveis de esforço com vista a alcançar objectivos organizacionais que levam, desta forma, à satisfação de alguma necessidade individual. (Ferreira et al., 2001)

A motivação pode ser dividida em motivação intrínseca e extrínseca.

“A motivação intrínseca refere-se aos comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo que o trabalho em si mesmo suscita naquele que o executa. (...) Comportamentos extrinsecamente motivados são aqueles que as pessoas levam a cabo com a finalidade de obter alguma recompensa material ou social, ou para evitar alguma forma de punição”. (Cunha et al., 2003, p.103)

Mas o que motiva as pessoas? O que é estar motivado?

Sem dúvida que percebemos que os desempenhos variam de pessoa para pessoa e a produtividade também. Por este facto, é fundamental compreender as diferentes teorias motivacionais que procuram responder a estas questões.

O estudo das teorias motivacionais tem vindo a desenvolver-se ao longo dos tempos. Para melhor as compreender, iremos agrupá-las com base em três critérios: as que se concentram no *objecto* da motivação – teorias de conteúdo; as que explicam o *como* se exprime a motivação – teorias de processo; e as que enfatizam o *porquê* da manutenção dos comportamentos motivacionais – teorias de resultado.

Estas Teorias de Conteúdo pressupõem que os indivíduos possuem necessidades interiores que os induzem a um determinado comportamento com vista à sua satisfação. Atingida esta satisfação deixa de haver estímulo para o comportamento (Figura 3).

Dentro destas teorias destacamos:

- A Hierarquia das Necessidades de Maslow;
- A Teoria dos Factores Motivadores e Higiénicos de Herzberg;
- A Teoria das Necessidades de McClelland.

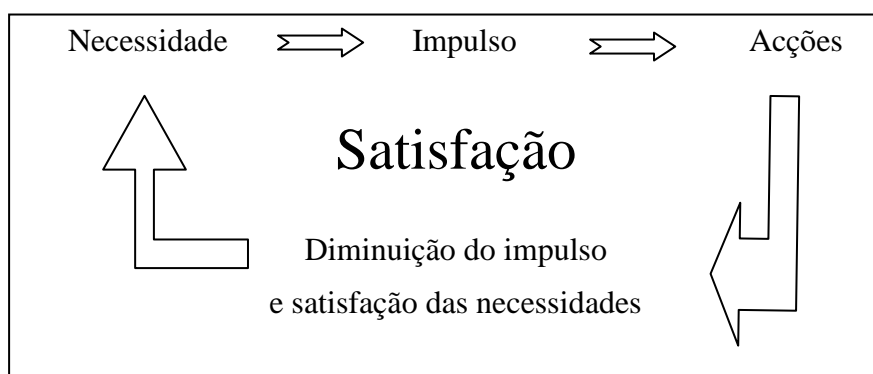


Figura 3 – MODELO DE MOTIVAÇÃO DAS TEORIAS DE CONTEÚDO

Fonte: Adaptado de FERREIRA et al., 2001

A Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow, sobejamente conhecida dos enfermeiros, assenta no estabelecimento de cinco tipos de necessidades hierarquizadas na tabela 6:

Necessidades de auto- realização	Corresponde à possibilidade de os indivíduos serem aquilo que podem ser (...)
Necessidades de estima	Pessoas com um emprego estável, razoavelmente remuneradas e com um relacionamento social satisfatório podem mesmo assim sentir-se frustradas. (...)
Necessidades sociais ou de amor	Referem-se à busca de relacionamentos interpessoais e sentimentos recíprocos (...)
Necessidades de segurança	(...) No caso do trabalho, esta necessidade encontra expressão, por exemplo, no desejo de um emprego estável ou numa poupança bancária. (...)
Necessidades fisiológicas	Incluem a fome e a sede, o sexo (...) e o sono. Referem-se ao nível mais elementar da existência humana.

Tabela 6 – HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW: DAS MAIS ELEVADAS ÀS MAIS BÁSICAS

Fonte: Adaptado CUNHA, 2003

Segundo Maslow, as necessidades não satisfeitas são os principais motivadores do comportamento humano, havendo prioridade das necessidades mais básicas sobre as mais elevadas. Assim, são as necessidades fisiológicas as primeiras a influenciarem o comportamento das pessoas. Segundo Cunha et al. (2003, p. 104), “*em termos práticos, a teoria de Maslow sugere que os gestores se devem preocupar com a identificação do nível de satisfação das necessidades dos seus subordinados, para, dessa forma, poderem responder à questão: como motivar os trabalhadores?*”

A Teoria Bifactorial de Herzberg, como descreve Cunha et al. (2003), esta teoria proposta por Herzberg sugere que as pessoas têm dois grandes tipos de necessidades: as *necessidades motivadoras* (de natureza intrínseca ao trabalho, obedecem a uma dinâmica de crescimento e conduzem à satisfação de longo prazo); e as *necessidades higiénicas* (de natureza extrínseca ao trabalho, conduzem ao evitar da dor e ao alívio da insatisfação a curto prazo).

Herzberg tenta demonstrar a relação entre as características do trabalho e a motivação, identificando estas necessidades relativas ao ambiente e ao conteúdo funcional que, quando satisfeitas, podem aumentar a produtividade do indivíduo e que são condicionadas por dois tipos de factores: factores motivadores e factores higiénicos:

FACTORES MOTIVADORES	FACTORES HIGIÉNICOS
<i>Sentimento de realização</i>	<i>Relação com o chefe</i>
<i>Reconhecimento</i>	<i>Relação com os colegas</i>
<i>Trabalho variado e desafiante</i>	<i>Supervisão técnica</i>
<i>Desenvolvimento pessoal</i>	<i>Condições de trabalho</i>

Tabela 7 – FACTORES MOTIVADORES E HIGIÉNICOS

Fonte: Adaptado em CUNHA et al., 2003

A Teoria das Necessidades de McClelland, como a descreve Ferreira et al. (2001), McClelland reconhece três impulsos básicos que apresentam uma grande variação entre as pessoas e que as motivam para o desempenho eficaz. Tem a mesma representação do modelo de Maslow mas apenas com três necessidades: a *necessidade de realização*, a *necessidade de poder* e a *necessidade de afiliação*.

- A *necessidade de realização* define-se como um desejo de querer ser excelente e de ser bem sucedido em situações de competição. Permite elevar o nível de motivação, e consequentemente melhorar o desempenho;
- A *necessidade de poder* consiste no forte desejo de influenciar e controlar o comportamento de outros, motivando mais o estatuto, o prestígio e a ganhar influência sobre os outros, do que o desempenho eficaz. É caracterizada por uma combinação do indivíduo com o emprego, podendo elevar o nível de necessidade de realização criando um bom ambiente de trabalho, aumentando as responsabilidades e a autonomia, tornando as tarefas progressivamente mais aliciantes, elogiando e recompensando o bom nível de desempenho;
- A *necessidade de afiliação* consiste no desejo e vontade de ter amigos e ser aceite pelos outros.

O comportamento humano é, assim, afectado por tais motivos. Embora estes motivos possam ser aprendidos têm características semelhantes aos traços de personalidade, são consistentes ao longo do tempo e resistentes à mudança.

As Teorias do Processo surgem para tentar explicar a dinâmica de desenvolvimento da motivação por se constatar que as pessoas diferem em relação aquilo que os motiva, e, também, podem diferir as suas motivações ao longo do tempo. O mesmo se pode dizer que a forma como as motivações se transformam em actos varia de pessoa para pessoa (Ferreira et al., 2001).

Desta forma, apresentamos algumas das teorias mais representativas destas abordagens:

- A teoria da expectativa;
- A teoria da equidade;
- A teoria do trabalho enriquecido.

A Teoria da Expectativa, como refere Cunha et al. (2003), Vroom (1964) e Lawler (1986) foram dois dos principais impulsionadores da teoria das expectativas; esta tem uma abordagem de base cognitiva que considera que o comportamento e o desempenho são o resultado de uma escolha consciente. Segundo o mesmo autor, ela organiza-se tendo por base três conceitos:

- *Expectativa*: a probabilidade subjectiva percebida de que, se um determinado esforço for exercido, o resultado será um desempenho bem sucedido (expectativa esforço-desempenho), desde que a pessoa disponha de meios e competências para o sucesso, e obtenha uma recompensa (expectativa esforço-resultado);
- *Valência*: para que a pessoa se esforce, é necessário que a recompensa seja percebida como valiosa (que tenha uma valência, ou valor, positivo);
- *Instrumentalidade*: o grau em que um resultado facilita o acesso a um outro resultado (exemplo: uma boa média de curso facilita a obtenção de um bom primeiro emprego).

Assim, verificamos que a motivação depende da satisfação destes três conceitos. Segundo Cunha et al. (2003), em termos práticos o nível de motivação depende da satisfação das seguintes condições:

- *Valência elevada* – a pessoa valoriza aquilo que a organização tem para lhe oferecer;
- *Instrumentalidade elevada* – a pessoa percebe que tem de alcançar um nível elevado de desempenho para obter os resultados que pretende;
- *Expectativa elevada* – a pessoa acredita que um esforço elevado permitirá o alcance do resultado desejado.

A Teoria da Equidade de Adams, como refere Ferreira et al. (2001, p.268), “*A teoria da equidade fundamenta-se no facto de o indivíduo experimentar certas discrepâncias quando compara o seu ganho com o de outros. O seu esforço no trabalho é função do resultado da comparação com o esforço despendido por outros (...) e que funcionam como termo de comparação*”.

Citando Cunha et al. (2003, p.112), “*numa lógica de equidade, quem mais investe mais deve receber*”.

Das comparações surgem duas possíveis situações: *equidade* e *iniquidade*.

A situação de *equidade* é aquela em que os ganhos do indivíduo são semelhantes ao do referente, por sua vez a *iniquidade* demonstra a desigualdade entre os dois indivíduos que

são comparados. A *equidade* ou *iniquidade* são resultantes de percepções, e não de dados objectivos, uma vez que a comparação é feita com elementos difíceis de mensurar (o esforço, o empenhamento, entre outros). A contribuição da *teoria da equidade* para a gestão da motivação é essencial, na medida em que demonstra que a motivação é maior quando as pessoas se apercebem da existência de uma relação de contingência entre os seus ganhos (Cunha et al., 2003).

A Teoria do trabalho Enriquecido, segundo Ferreira et al. (2001, p.269), “*o conteúdo funcional de uma tarefa contribui para aumentar ou diminuir a recompensa intrínseca que o sujeito sente decorrente do trabalho que realiza*”.

As estratégias de gestão científica subjacentes às teorias de Taylor e Fayol e que conduziram a uma definição de tarefas simples e rotineiras levaram a uma elevação da taxa de absentismo dos trabalhadores. Esta situação originou a que os investigadores, em 1950, estudassem o conteúdo do trabalho, vendo este como um ponto forte para a motivação.

Perspectivar o trabalho como algo de complexo, desafiador e interessante leva a que o indivíduo tenha um sentimento de desenvolvimento pessoal, autoconsideração e competência (Ferreira et al., 2001). Assim, é desejável que o trabalho permita aprender algo, possibilite alguma autonomia ao seu executor, favoreça a ajuda mútua, tenha conteúdos que valorizem e dignifiquem socialmente a tarefa e o seu executante e propicie um futuro desejável.

Esta teoria está assente em três princípios:

- A tarefa deve proporcionar a quem a executa um sentimento de responsabilidade e um certo grau de autonomia;
- A tarefa deve ser significativa, deve permitir que a pessoa que a desempenha se sinta bem por que faz algo importante;
- A tarefa deve permitir fornecer feedback sobre a forma como está a ser efectuada em termos de processo e de resultado.

As Teorias do Resultado enfatizam o porquê da manutenção dos comportamentos motivacionais. “*Ter um objectivo que se pretende alcançar ou reagir com maior desempenho na sequência de um ganho importante são as explicações para entender a motivação de alguém no contexto de trabalho*”. (Ferreira et al., 2001, p.271)

São destacadas as seguintes teorias:

- Teoria da Fixação de Objectivos;
- Teoria do Reforço

A Teoria da Fixação de Objectivos, nos anos 60, Edwin Locke propôs que as intenções de trabalhar em direcção a objectivos, são a principal fonte de motivação de trabalho. Como descreve Ferreira et al. (2001, p. 272) esta teoria pode ser definida como *“a gestão por objectivos, como um sistema em que os objectivos são determinados conjuntamente por chefes e subordinados, o grau de alcance é periodicamente revisto e o grau de alcance dos objectivos constitui o critério para a atribuição da recompensa”*.

Os resultados sugerem que objectivos desafiadores e percebidos como possíveis de alcançar, específicos e propiciadores de feedback motivam desempenhos elevados.

A Teoria do Reforço, segundo Ferreira et al. (2001), a teoria do reforço pode definir-se como a forma de motivar os indivíduos a mudar o seu comportamento premiando as resposta certas e punindo ou ignorando as erradas. Entende-se por reforço qualquer consequência resultante de um comportamento. O pressuposto desta teoria é que a motivação para trabalhar é consequência de encorajar os comportamentos apropriados e de desencorajar os comportamentos inapropriados.

Existem quatro estratégias de modificação de comportamento que são utilizadas individualmente ou em conjunto (Cunha et al., 2003):

- *Reforço positivo* – A recompensa é oferecida se o comportamento da pessoa for o pretendido;
- *Reforço negativo* – Estratégia de modificação de comportamento pouco adoptada porque recompensa a pessoa abrindo mão de uma consequência desagradável. É o oposto da punição porque premeia a fim de evitar a punição;
- *Extinção* – Diminuição ou enfraquecimento de comportamentos indesejáveis, através da retirada de prémios;
- *Punição* – Apresentação de uma consequência desagradável devido a um comportamento específico. Usada adequadamente, a punição pode ser um

factor motivador para quem é punido e para quem observa. A desvantagem da punição é que pode causar consequências adversas para a organização, os que são punidos com frequência tornam-se furiosos e impacientes.

Segundo Ferreira et al. (2001), esta teoria é simples e clara. Diferentes estudos indicam que tem um potencial de explicação, no entanto, quando associada a princípios de aprendizagem social, a princípios de equidade e não esquecendo as necessidades específicas dos indivíduos, torna-se bastante eficaz.

Ao longo desta primeira parte do nosso estudo, pretendeu-se, através da revisão da literatura e da análise crítica da mesma dar respostas a alguns dos objectivos anteriormente fixados para este estudo.

Assim, clarificaram -se conceitos, alguns dos quais de acordo com a legislação existente e em vigor e apontaram -se algumas das ideias relacionadas com a gestão de recursos materiais em meio hospitalar. Também, pelas leituras e pesquisas efectuadas permite - se afirmar que existe uma relação clara entre formação profissional do enfermeiro e gestão de recursos, uma vez que nos parece que a ser assegurada por este profissional da saúde, esta deveria estar contemplada de forma explícita e concreta no seu percurso académico, através, nomeadamente, de conteúdos de administração e gestão.

A chave para a geração de avanços mais significativos na gestão de recursos materiais em meios hospitalares está justamente na promoção de uma compreensão mais ampla, por parte de todos os envolvidos, acerca do significado dessa tarefa para a construção de uma sociedade mais sustentável.

Se é verdade que a gestão desses recursos não é, presentemente, feita da melhor forma, também é verdade que dotar as pessoas com competências para a desenvolver de forma eficiente e produtiva, permitindo-lhes o acesso a novas ferramentas capazes de as auxiliar nesse desempenho só poderá ser visto como uma mais-valia quer para os clientes, utilizadores do sistema nacional de saúde quer para os prestadores de cuidados de saúde.

6. GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS

A gestão de recursos materiais é o ramo especializado da ciência administrativa que gere os artigos essenciais à produção de um bem ou serviço, a gestão de recursos materiais tem como objectivo principal colocar os recursos necessários no processo produtivo com qualidade, em quantidade adequada, no tempo correcto e ao menor custo. A gestão de Recursos Materiais inclui: gestão das instalações, gestão dos equipamentos, gestão dos bens de consumo. Para Frederico (2006, p.30):

“Os recursos afectados à actividade hospitalar são e serão sempre escassos; no entanto, eles serão tanto mais eficientes quanto o seu emprego melhor responder ao princípio da economia.”

Compete à gestão de recurso materiais assegurar o reabastecimento racional dos mesmos, assim como a manutenção do ciclo produtivo sem falhas.

Segundo Frederico (2006), a gestão de recursos materiais inclui actividades como:

- Prever quantidades e qualidade,
- Comprar com o máximo de vantagens,
- Armazenar funcionalmente,
- Conservar de modo a proteger contra avarias, destruição ou obsolescência,
- Controlar quantitativamente e qualitativamente o seu uso,
- Prover com distribuição rápida e económica e actuar com dinamismo e segurança.

Gerir de forma ética e socialmente responsável é um imperativo de sempre mas particularmente importante quando se tem consciência que as despesas da saúde são crescentes e não é possível responder a todas as necessidades de cuidados de saúde da população porque os recursos são escassos e finitos. Os que se malbaratam, desperdiçam ou são utilizados em situações não necessárias, evitam usos mais adequados e comprometem potenciais ganhos em saúde dos cidadãos. Não se trata apenas de medidas economicistas. A questão muitas vezes não é gastar menos - é gastar melhor.

A preocupação de gerir com mais eficiência, evitando os desperdícios deve ser assumida por todos os níveis de gestão porque gastar mal, particularmente num ambiente de constrangimento económico, é eticamente reprovável e envolve uma tremenda responsabilidade social.

A importância da gestão de recursos materiais nas instituições de saúde é salientada quando temos em consideração alguns aspectos (Martin e Henderson, 2004):

- Os custos da saúde têm crescido a um ritmo acelerado;
- Os materiais representam 30 a 45% das despesas das instituições de saúde
- Os Hospitais utilizam uma grande variedade de materiais: Produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, produtos alimentares, material de consumo e equipamento hoteleiro, material de consumo e equipamento administrativo, material de manutenção e conservação e outro material de consumo.

O produto final das instituições de saúde é a prestação de cuidados de saúde e esta não deve sofrer quaisquer alterações que possa prejudicar a qualidade dos cuidados prestados. Daí ser importante a utilização adequada dos materiais utilizados nas instituições de saúde.

Segundo Parreira (2005), a administração dos recursos materiais ao nível dos serviços hospitalares segue quatro fases: Previsão; provisão; organização e controlo, apresentados na tabela 8.

Verificamos que existe uma diversidade de acções a ser desenvolvidas por parte dos Enfermeiros na gestão de recursos materiais. Estas acções vão desde a preocupação com o ambiente físico (iluminação, ventilação, limpeza e conservação); dotação de materiais e equipamentos; responsabilidade pelo processo de previsão, provisão, organização e controlo de materiais; requisição dos mesmos e ainda participação de selecção através das comissões de escolhas (Parreira, 2005).

Verificamos, ainda, que existe necessidade de aprofundamento de práticas na contenção de custos junto dos colaboradores, sendo urgente averiguar quais devem ser as competências dos Enfermeiros Gestores nesta área, conhecer as estratégias para se conseguir resultados mais eficazes e verificar quais as formas de motivação junto dos colaboradores.

A mudança e a reorganização das organizações devem ser realizadas intervindo em quatro

áreas-chave: Organização; Infra-estruturas; Processos; Sistemas de Informação. Só assim poderá ser garantida a eficiência das mesmas.

A reorganização das Unidades Hospitalares é, sem dúvida, um processo complexo. Alinhar e sensibilizar as equipas para a necessidade de mudança num ambiente caracterizado, normalmente, por níveis de comunicação baixo, baixa formação específica em logística, é um desafio interessante, mas de dimensões consideráveis.

Percorrer o caminho da mudança exige que se dê particular atenção à gestão da mudança ao longo de todo o projecto. Deve estar bem definida qual a abordagem a utilizar, qual a estratégia para motivar os diferentes grupos profissionais envolvidos no processo e quais os momentos de comunicação. Só uma gestão cuidada do projecto e das suas componentes ao nível da implementação podem levar uma missão destas. No entanto, deve ser deixada também uma mensagem motivadora, os benefícios são de tal modo evidentes, que a partir do momento em que os envolvidos começam a beneficiar e a crer nos benefícios existentes, o projecto motiva com facilidade. A intervenção nestas áreas potencia a libertação de pessoal para uma melhoria na prestação de cuidados de saúde, desde os médicos, aos enfermeiros e mesmo farmacêuticos.

Os níveis de serviço são melhorados de forma significativa, havendo lugar a uma diminuição significativa do número de rupturas. Ao mesmo tempo, permite a racionalização de custos, diminuindo os desperdícios, diminuindo os preços médios de aquisição dos produtos, diminuindo o nível de stocks. Assim, não só ficam claras as responsabilidades de uma área que se pode considerar de suporte - a logística hospitalar, como se permite focar os profissionais da prestação de cuidados de saúde nas suas funções mais nobres.

Demonstra-se que a gestão hospitalar é uma área cuja reformulação permite uma melhoria dos cuidados prestados aos utentes, contribui para uma clarificação de funções dentro das unidades hospitalares e permite ainda racionalizar custos. Dentro desta gestão, a logística que a envolve, é sem dúvida uma oportunidade que não deve ser desperdiçada, porque a sua reorganização apresenta benefícios para todos os intervenientes no sistema de saúde: administração e gestão, pessoal responsável pela prestação de cuidados de saúde e sobretudo para o utente.

Previsão	Pró-visão	Organização	Controlo
<p>O enfermeiro chefe deverá ter em conta os seguintes aspectos:</p> <p><u>Especificidade do Serviço:</u> Onde é determinado o material mais comum que permite o desenvolvimento normal das actividades da unidade;</p> <p><u>Características dos doentes:</u> Género, grupo etário, patologias mais frequentes, graus dependência;</p> <p><u>Frequência de Utilização:</u> Unidades onde a taxa de rotatividade e de ocupação é elevada, promovem aumento no consumo;</p> <p><u>Periodicidade na reposição do material:</u> Se a periodicidade for mais alargada, influenciará o valor previsional</p>	<p>Nesta fase o responsável, promove a reposição, mediante a solicitação através de impresso ou informaticamente, á unidade fornecedora. Este sistema de reposição poderá ocorrer de quatro formas: Sistema de reposição por tempo (reposição em períodos pré-determinados), sistema de reposição por quantidade (é estabelecido um nível mínimo que quando atingido conduzirá à reposição), sistema reposição por quantidade e tempo (além da reposição ser efectuada em períodos determinados tem em conta níveis mínimos) e Sistema de reposição imediata (é feita á medida das necessidades).</p>	<p>Nesta fase o enfermeiro deverá providenciar que os materiais sejam devidamente acondicionados, facilitando a sua utilização. Deverá ter em conta alguns aspectos:</p> <p><u>Estrutura física:</u> O espaço físico disponível deverá considerar as áreas onde não se verifique zonas húmidas, pois estas deterioraram os materiais. A dimensão das divisões, a facilitada da sua limpeza, também deverá pesar como critério na sua organização.</p> <p><u>Circuitos:</u> Este aspecto contempla a maior ou menor proximidade das zonas sujas das zonas limpas, pelo que o enfermeiro deverá assegurar-se deste princípio.</p> <p><u>Actividade desenvolvida na unidade:</u> Este determinará os locais mais adequados ao seu acondicionamento, facilitando a sua utilização.</p>	<p>Nesta fase pretende-se monitorizar as quantidades gastas, qualidade, conservação, reparação até à sua protecção em termos de desvio. Um planeamento na previsão e provisão, facilita a organização e controlo de todo processo. Um controlo bem efectuado facilitará a previsão, dará indicações da qualidade do material, diminuirá os extravios, aumentando a eficiência do processo</p>

Tabela 8 – AS QUATRO FASES DA ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS AO NÍVEL DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Fonte: PARREIRA, 2005

Para que um hospital seja eficiente deve haver a consolidação orçamental e controlo rigoroso da despesa, e com esta gestão nos recursos, reforçamos, gestão nos recursos materiais. Tal é absolutamente necessário para o Hospital reduzir drasticamente o défice de exploração. O equilíbrio orçamental é condição fundamental para garantir o futuro e assegurar o desenvolvimento da instituição. A intervenção necessária para a exequibilidade de tal objectivo terá de ser feita por um lado, pela despesa, designadamente nas rubricas

orçamentais de maior volume, como as de custos com pessoal, consumo de medicamentos e material de consumo clínico e por outro, do lado da receita. Neste último aspecto, os proveitos da actividade e outros devem aumentar de forma significativa, em particular os referentes à contratualização com o Estado e estes devem assegurar, tanto quanto possível, o equilíbrio da exploração.

Assim citamos como os princípios estruturais que devem guiar o comportamento e a actuação da gestão hospitalar são:

- Atitude centrada no doente e na promoção da saúde;
- Cultura do trabalho em equipa e do bom relacionamento no trabalho;
- Diferenciação técnica e valorização, profissional e pessoal;
- Melhoria contínua e qualidade dos cuidados;
- Eficácia e eficiência em todos os seus processos.

A nível de desempenho de uma unidade de negócio é função da eficiência e da eficácia das acções que desenvolve; a avaliação de performance pode definir-se como o processo de quantificação de eficiência e eficácia das acções; uma medida de performance define-se como a métrica utilizada para quantificar a eficiência e eficácia de uma acção; um sistema de avaliação de performance conjuga um conjunto de métricas para quantificar ambos: eficiência e eficácia das acções, reflectindo: A eficiência será a avaliação do grau de utilização económica dos recursos da organização, quando estes fornecem um determinado nível de satisfação dos clientes, e eficácia refere-se ao grau de satisfação dos requisitos dos clientes.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO I

METODOLOGIA

1. A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO METODOLÓGICO

Iniciamos este capítulo com a apresentação da questão de investigação, do tipo de estudo, da descrição da metodologia adoptada, especificando os critérios de selecção do estudo caso.

A metodologia é para Pinto (1990) a descrição e análise dos métodos científicos, com os pressupostos subjacentes à sua aplicação. Já Gil (1993), refere que a metodologia é a estratégia que permite ao investigador estudar e avaliar as diferentes opções para o estudo que se está a planear, não sendo os dados obtidos na pesquisa indiferentes à sua forma de obtenção. Com a pesquisa, pretende-se percorrer todo um caminho no intuito de aprender algo, examinar, e discutir sobre um assunto com a finalidade de melhorar ou solucionar um problema, através de um enunciado de questões e procura de respostas.

O conhecimento resultante da aplicação da metodologia científica, denominado de conhecimento científico deve, segundo Oliveira (1996), ser real, sistemático, verificável, contingente e aproximadamente exacto, ter como princípio básico de construção a razão

humana e a sua verificação nos factos.

Barros et al. (1986), referem que, na metodologia, não se procuram soluções, mas essencialmente, formas e maneiras de encontrá-las. Sendo necessário para tal, utilizar todo um conjunto de processos ou fases na investigação, de forma, a obter o conhecimento. Neste sentido, formulamos o problema e traçamos os objectivos, procedemos à pesquisa bibliográfica sobre o tema em estudo e elaboramos a fundamentação teórica.

1.1 Questão de Investigação

Como poderão os Enfermeiros Chefes tornar a Gestão de Recursos Materiais mais adequada nos Serviços Hospitalares?

1.2 Tipo e Método de Pesquisa

Todo e qualquer estudo científico é, sem sombra de dúvida, um processo rigoroso e sistemático que permite examinar fenómenos visando a obtenção de respostas para questões que merecem uma investigação. *“O rigor, do qual depende a exactidão científica, tem a capacidade de assegurar uma percepção fiável e correcta da realidade. Quanto à sistematização, ela resulta do método, isto é, de uma forma organizada e ordenada de alcançar um objectivo.”* (Fortin, 1999, p.18)

Perante estas afirmações verificou-se que escolher um método para investigar é traçar um caminho apropriado a percorrer para a obtenção das respostas às questões em estudo (Fortin, 1999).

Desta forma, e para alcançar os objectivos propostos, para além de se fazer uma revisão teórica sobre os principais conceitos envolvidos na temática, também se optou por realizar um estudo qualitativo, de categoria exploratória–descritiva, tendo por base um estudo de

caso.

A pesquisa qualitativa permite uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. O seu objectivo é observar, descrever e interpretar o meio e o fenómeno tal como estes se apresentam sem procurar o seu controlo (Fortin, 1999).

A opção de uma metodologia de carácter qualitativo surge por se acreditar que esta abordagem nos permite interpretar melhor o fenómeno em estudo. Descreve-o e compreende-o como um todo, de modo a situar-nos mais próximo das opções e sentimentos dos informantes. Permite inteirarmo-nos do seu discurso, revelador do modo como apreendem os conhecimentos e saberes que têm sobre competências do Enfermeiro enquanto Gestor de recurso materiais e a sua influência na motivação dos colaboradores para contenção dos custos no serviço Hospitalar.

Como refere Fortin (1999, p.135), *“As investigações inserem-se em duas grandes categorias: podem ser ou exploratórias – descritivas ou explicativas–preditivas, passando por uma gama variada de tipos de estudo em cada uma destas duas categorias.”* Com base neste pressuposto, entendeu-se que o este estudo se enquadra na categoria exploratório-descritivo, uma vez que esta explora e descreve fenómenos e características de uma população, identificando as suas relações; procura a compreensão do conhecimento a partir da integração das referências bibliográficas e a realidade percebida.

Perante a realidade e o fenómeno que se pretendeu estudar, optou-se por um estudo do tipo *estudo de caso*. Este é um estudo aprofundado de um fenómeno, de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização. Um estudo de caso sem experimentação serve para apreender suficientemente o assunto em estudo para transmitir toda a sua complexidade de uma forma narrativa. (Fortin, 1999)

Justifica-se esta escolha tendo em conta as características de estudo de caso qualitativo, em que é dada uma maior importância aos processos do que aos produtos. Merriam (1988), citado por Carmo e Ferreira (1998), descreve-as como:

- Particular – porque se centra numa determina situação ou fenómeno;
- Descritiva – porque o objectivo final é uma descrição elaborada do fenómeno que está a ser estudado;
- Heurística – porque conduz à compreensão do fenómeno em estudo;

- Indutivo – porque tem como base o raciocínio indutivo;
- Holística – porque se preocupa com a realidade na sua globalidade.

A impossibilidade de generalização dos resultados constitui uma séria limitação ao estudo de caso, mas, de facto, esse não é o nosso propósito. Este tipo de estudo tem a vantagem de ser relativamente simples e económico, uma vez que pode ser realizado por um único investigador (Gil, 1991).

Para dar resposta ao problema desta pesquisa, a metodologia utilizada incluiu um conjunto de etapas:

- Selecção dos casos estudos
- Realização de entrevista;
- Discussão de Resultados e Conclusões.

Uma vez que se trata de uma abordagem teórica, pretende-se com este trabalho, formar uma imagem daquela que poderá ser a atitude das Organizações Hospitalares, perante esta questão. Assim sendo, a abordagem ao tema baseia-se na revisão da literatura, já realizada, e na informação qualitativa recolhida através do método de estudo de caso. O facto de estarmos pessoalmente implicadas na investigação confere aos planos qualitativos um forte cariz descritivo, daí se considerar este estudo de caso um estudo do plano qualitativo.

1.3 População e Amostra

Segundo Fortin (1999, p.202), *“uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual a informação é recolhida”*.

Qualquer estudo deve definir a sua população e portanto os elementos que a compõem.

Para Fortin (1999), uma população particular que é submetida a um estudo é chamada *população-alvo*.

Considera-se a nossa população-alvo todos os Enfermeiros Gestores; acontece porém que,

não existindo recursos nem tempo para recolher dados para cada um dos casos da população, só é possível considerar uma parte dos que a constituem, sendo esta designada por amostra (Hill, 2000). Assim, a nossa amostra foi constituída por 12 Enfermeiros Gestores, tendo terminado após saturação teórica dos conteúdos investigados.

Escolheu-se uma amostra não probabilística casuística, pois previu-se apenas seleccionar os indivíduos que se mostrassem disponíveis para cooperar com a investigação (Burgerss, 2001). Assim, dos 33 Hospitais EPE's existentes no país, seleccionámos 6, abrangendo esta escolha 3 regiões (2 Organizações Hospitalares em cada região) com maior número de EPEs, sendo elas a Região Norte, Centro e Lisboa Vale Tejo.

Não se pretendeu uma representatividade da amostra, mas sim a qualidade de informação que os participantes podem proporcionar e, assim, enriquecer este estudo. Como refere Fortin (1999), nos estudos de abordagem qualitativa, onde o objectivo é explorar e descrever fenómenos, mais importante que a representatividade da amostra é questionarmos pessoas que queiram e sejam capazes de participar no estudo, fornecendo dados válidos e completos do fenómeno em causa.

1.4 Abordagem ao Estudo de Caso

O papel da pesquisa em qualquer campo é o de adquirir conhecimento e compreensão, incluindo a criação de teoria explicativa. Também inclui a descoberta de fenómenos, a sua classificação e aprendizagem sobre estes. Os casos de estudo contribuem para a construção da teoria, através da observação de fenómenos nas áreas da gestão das operações, que ainda não foram empiricamente testadas (Stuart et al., 2001; Araújo, 2008).

Coutinho (2003), refere que quase tudo pode ser um “*caso*”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. Da mesma forma, Ponte (2006) considera que:

“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser

única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse” (Ponte, 2006, p. 2).

Devido à sua riqueza de observação, o estudo de caso também nos oferece meios para refutar os conceitos existentes ou para prorrogá-los. Por outro lado, as observações retiradas deste método, são muitas vezes mais poderosas a indicar relações causais ou previsíveis, do que muitas outras formas de investigação empírica (Stuart et al., 2001; Araújo, 2008). O estudo de caso visou conhecer com profundidade os “*como*” e os “*porque*” que caracterizam o estudo. Os casos de estudo são particularmente apropriados quando a pesquisa se centra no “*porque*” de determinado fenómeno acontecer; quando não há controlo sobre um determinado comportamento ou quando a pesquisa se focaliza num evento contemporâneo. Sem uma pesquisa baseada em casos, tem-se um fraco e limitado entendimento acerca do conhecimento como um todo e das condições sobre as quais a teoria é aplicada. Também existiriam sérias dúvidas acerca das presumíveis relações causais, sem uma observação directa, e da “*cadeia de evidências*” que o estudo de caso poderia evidenciar (Stuart et al., 2001; Araújo, 2008).

O estudo de caso tem um forte cunho descritivo que conduz a um profundo alcance analítico. Procura identificar padrões, não testa hipóteses, gera novas hipóteses, novas teorias e novas questões para futuras investigações. É naturalista, baseia-se fortemente num trabalho de campo.

Os estudos de caso têm sido identificados como “*estudos heurísticos*” ou “*provas plausíveis*” e têm sido considerados, particularmente úteis para gerar grandes quantidades de informação, no sentido de sustentar teoria. Assim, a principal função dos estudos de caso parece ser a de construir, adaptar, estender e refinar teorias. Mas, os estudos de caso podem também, desempenhar um importante papel na altura de testar a teoria. O objectivo aqui é o de averiguar as condições da teoria e ver se estas condições necessitam de ser estreitadas ou alargadas (Dubois e Araujo, 2007; Araújo, 2008)).

Todos estes factores – escassez de teoria, complexidade e falta de definições e métricas bem justificadas – favorecem o uso dos estudos de caso. Enquanto outros métodos de estudo podem ser muito úteis para comparar resultados e atitudes, dentro do mesmo

contexto, são pouco indicados para comparações entre empresas, que têm contextos diferentes. Os estudos de caso são uma das melhores maneiras de se ter a certeza que os investigadores continuam a fazer observações válidas e a contribuir para o aumento do conhecimento na área da gestão das operações (Stuart et al., 2001; Araújo, 2008)). O estudo de caso realizado relata com pormenor, a situação em estudo, o que proporciona uma maior compreensão da realidade. O conhecimento originado poderá vir a ser aplicado em outros casos similares, podendo servir de suporte à interpretação dos mesmos. Como critérios de qualidade do estudo realizado identifica-se, baseado em Goetz e LeCompte (1984), adequação, clareza, significado e credibilidade. Segundo Gomez, et al. (1996), o objectivo geral de um estudo de caso é: “*explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar*” e foi sem dúvida o que se pretendeu com esta investigação.

A selecção de vários casos em estudo, requereu um grande cuidado, fundamentou-se num processo específico para o desenvolvimento de uma investigação qualitativa, procurando descobrir o que há de mais essencial e característico na situação em estudo.

Foram estipulados dois critérios para a selecção das Organizações Hospitalares. Os critérios foram os seguintes:

- Acessibilidade à amostra em Estudo.
- Diferentes áreas geográficas dos hospitais: Norte, Centro e Lisboa Vale Tejo

Como limitações do estudo regista-se: haver alguma falta de objectividade, tendo em conta a sua perspectiva de estudo exploratório limitado aos hospitais em estudo.

1.5 Recolha de Dados

1.5.1 Opções Estratégicas e Planificações

O tipo de estudo que se pretende realizar determina o tipo de método de recolha de dados a utilizar (Fortin, 1999).

Como técnica de recolha de dados optamos pela entrevista. Esta permite-nos atingir o nosso objectivo: obter elementos em profundidade acerca do comportamento humano. (Gil, 1991). As entrevistas, deste estudo, foram realizadas entre Setembro e Dezembro do Ano 2009.

A entrevista é uma das técnicas de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação qualitativa, nomeadamente nos estudos exploratórios-descritivos. Possibilita *“recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”*. (Bogdan e Biklen, 1994, p.134)

Entre os diversos tipos de entrevista, optou-se pela entrevista semi-estruturada que permite recolher informações em níveis profundos de um determinado domínio, e ainda obter do entrevistado as opiniões que considera relevantes na descrição do problema em estudo (Fortin, 1999).

Para atingir o objectivo deste estudo, elaborou-se um guião para a entrevista (ANEXO 1). Foi utilizada uma linguagem clara e acessível ao longo de todas as questões. Pretendeu-se, de facto que as questões de orientação não suscitem qualquer dúvida na sua resposta, tendo sido aplicado numa fase anterior um pré-teste a três enfermeiros com características muito semelhantes e/ou iguais à nossa amostra, no Distrito de Aveiro. A sua aplicação tinha como objectivo verificar a eficácia e pertinência das questões, a objectividade da linguagem e, eventualmente, recolher orientações para melhorar a sua estrutura. Não se tendo registado qualquer observação relativamente à formulação das questões e ao teor da entrevista inicial, a mesma não sofreu qualquer alteração.

Para Fortin (1999, p.253) a realização do pré-teste *“...é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.”*

Este guião assegurou que todos os temas chave fossem explorados em cada entrevistado. Para a construção dessa entrevista teve-se em conta a questão de investigação e o propósito central do estudo.

O guião está organizado em torno de 4 blocos temáticos:

No *primeiro bloco* – Como é a organizada a gestão de Recursos materiais na Unidade

Hospitalar.

No *segundo bloco - Competências* do Enfermeiro Gestor – pretende-se obter elementos que permitam compreender quais os conhecimentos dos entrevistados acerca das suas competências na gestão de recursos materiais.

No *Terceiro bloco* – Estratégias para contenção de custos – pretende-se recolher a opinião do entrevistado sobre formas estratégicas de contenção de custos numa Unidade Hospitalar.

Finalmente no *quarto bloco* – Aspectos relacionados com a motivação – visa recolher elementos que permitam compreender as formas de motivação para com colaboradores de forma a garantir uma Eficiente Gestão de Recursos Materiais.

Também considerou-se, no planeamento da entrevista, um bloco inicial destinado a situar o entrevistado em relação ao tema e aos objectivos, a motivá-lo para responder, num ambiente de conversa informal, assegurando o sigilo das informações prestadas; e um bloco final com o propósito de agradecer a colaboração dada no estudo e combinar a forma de validar a transcrição da entrevista.

1.5.2 Realização das Entrevistas

Inicialmente, foram efectuadas entrevistas informais ao Enfermeiro Director e enfermeiros chefes das unidades em estudo, com o intuito de apresentar os objectivos da investigação. Com o propósito de proceder à recolha de dados foi solicitada a autorização formal, ao Concelho Directivo dos Hospitais em estudo (Anexo II); esta autorização foi acompanhada por um exemplar do guião da entrevista.

Após estes procedimentos, passou-se à recolha de dados (cujo o consentimento informado para realização da já citada entrevista se encontra no Anexo III).

A entrevista ocorreu nas próprias instalações de cada organização Hospitalar visada. A recolha das informações, opiniões e descrições foi realizada através do uso de gravador. Toda a gravação foi feita mediante o consentimento do entrevistado. Depois de realizada a

entrevista, esta foi devidamente identificada para a investigação, mantendo-se, no entanto, o anonimato, para o estudo, de quem respondeu.

A entrevista adquire bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que ela “*é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo*” (Bogdan e Biklen 1994, p. 134).

Depois de introduzir o tema, apresentando a primeira questão de cada bloco, pretendíamos que os entrevistados expressassem livremente as suas ideias, procurando sempre limitar a nossa intervenção ao estritamente necessário (apenas quando se pretender clarificar ou aprofundar qualquer temática).

Em relação às perguntas mais directas, procurou-se manter a mesma atitude, sem interferir ou influenciar as respostas.

A abordagem dos entrevistados foi realizada em dois momentos:

- No primeiro, com vista à preparação da entrevista, pretendeu-se inteirar os entrevistados do propósito do estudo; solicitar a sua colaboração e marcar o próximo encontro segundo a disponibilidade de cada um;
- O segundo momento teve, como objectivo, a realização da entrevista propriamente dita.

Ao longo das entrevistas, procurou-se manter uma atitude de disponibilidade e interesse, de escuta activa, respeitando os silêncios (pois estes podem ser indício de organização de ideias da parte dos entrevistados), evitando as interrupções, e tendo presente que não se pode usufruir da mesma intensidade com todas as pessoas. É fundamental perceber que mesmo uma má entrevista pode proporcionar informação útil.

PARTE III

ESTUDO DE CASOS

CAPÍTULO I

ESTUDO DE CASOS

1. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Antes de se iniciar a descrição dos casos em si, é importante conhecer a organização em questão, e como tal, é feita, de seguida, uma breve caracterização das mesmas, referindo-se à Missão e Valores que caracterizam cada uma. Foram escolhidos 6 Hospitais EPE, tendo em conta a acessibilidade de cada um para se realizar as Entrevistas, salvaguardando, no entanto, a diversidade geográfica de cada unidade, nomeadamente Região Norte, a Região Centro e a Região Lisboa e Vale Tejo em cada região com 2 hospitais. Os dados reportam-se ao ano 2008 e apenas foram tidos em conta alguns indicadores, nomeadamente: Total profissionais - médicos, e enfermeiros e auxiliares; Doentes assistidos - doentes saídos, número urgências, consulta externa, Actividade económica - proveitos, despesa e despesa em consumo clínico. Apresentamos na tabela 9, a comparação dos recursos humanos, total de doentes saídos e actividade económica dos hospitais A, B, C, D, E, F.

HOSPITAIS	RECURSOS HUMANOS			TOTAL DOENTES			ACTIVIDADE ECONÓMICA (M€)		
	MEDICO	ENF.	AUXILAR	SAIDOS	URGENCIAS	C. EXTERNA	PROVEITOS	DESPESA	CONSUM. CLIN.
A	168	475	255	11732	92 072	163 374	156 146	117 766	3 310
B	1482	2071	1416	40 134	255 974	545 509	320 000	312 000	30 281
C	600	1300	400	26 494	139 205	235 056	142 246	152 668	9 978
D	464	848	570	21 674	165 530	231 112	121 163	149 759	13 288
E	782	1048	718	17 981	96 608	226 343	165 596	157 563	13 109
F	142	240	231	6 207	15 477	121 783	36 977	16 639	2 198

Tabela 9 – COMPARAÇÃO COM RECURSOS HUMANOS/TOTAL DOENTES/ACTIVIDADE ECONÓMICA DOS HOSPITAIS A, B, C, D, E, F

Fonte: www.acss.min-saude.pt, acedido 28 Outubro 2009

1.1 Hospital A

A Missão do Hospital A prende-se: “*Atendimento e no tratamento, em tempo útil, com eficiência, qualidade e a custos socialmente comportáveis e a participação no ensino e na formação de pessoal técnico de saúde e o desenvolvimento de linhas de investigação clínica e de melhoria da gestão hospitalar*”. Ainda de acordo com o mesmo regulamento, o funcionamento do hospital e a actuação dos colaboradores regem-se por um conjunto de valores que se podem sintetizar nos seguintes: Qualidade – Procurando a excelência na prestação de cuidados, utilizando modernas tecnologias, num ambiente seguro, atractivo e amigável; Ética – Advogando os mais elevados princípios de conduta em todas as acções e decisões, como base para a confiança pública; respeito pelo indivíduo – Procurando responder às necessidades dos doentes e dos colaboradores, com respeito pela privacidade e encorajando a sua participação no processo de decisão; Eficiência e eficácia em todos os serviços prestados; Performance – Utilizando de modo eficiente os recursos da comunidade; Inovação – Incentivando e premiando a exploração de novas ideias e o desenvolvimento de novas actividades.

O Hospital A, tabela 11, apresenta um total de 898 profissionais de saúde: 168 são médicos, 475 enfermeiros e 255 auxiliares. Em relação aos doentes assistidos, verificamos um total de 267 178 doentes. Pela análise económica, averiguamos 156 146M€ em proveitos, 117 766M€ em despesa e 3 310 M€ em despesa de consumo clínico.

1.2 Hospital B

O hospital tem por Missão: “ *Prestar cuidados diferenciados de saúde e concretiza-se sem prejuízo dos princípios da Universalidade de cobertura do SNS e da liberdade de escolha do cidadão*”. Este Hospital pauta-se pela elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela Excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência. Os Valores Centrais partilhados pelos profissionais são: Princípios Éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social, excelência dos serviços prestados à Comunidade, competências científicas e técnicas.

O Hospital B, tabela 11, apresenta um total de 4969 profissionais de saúde: 1482 são médicos, 2071 enfermeiros e 1416 auxiliares. Em relação aos doentes assistidos, verificamos um total de 841 617 doentes. Pela análise económica (tabela 9), aferimos 320 000 M€ em proveitos, 312 000 M€ em despesa e 30 281M€ em despesa de consumo clínico.

1.3 Hospital C

O Hospital C tem como Missão: “*A prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados em todo o ciclo da vida humana, numa perspectiva integrada, desde a prevenção à reabilitação*”. A missão está consubstanciada na visão do reconhecimento como uma organização de excelência que assume a centralidade do doente como o seu

principal compromisso: a excelência no cuidar.

No desenvolvimento da sua actividade, orienta-se com valores em função dos interesses dos doentes, numa perspectiva de defesa do direito à promoção da saúde e da satisfação das suas necessidades individuais; aposta-se, ainda, na melhoria contínua tendo em conta a Eficiência e Eficácia.

O Hospital C, tabela 11, apresenta um total de 2300 profissionais de saúde: 600 são médicos, 1300 enfermeiros e 400 auxiliares. Em relação aos doentes assistidos, conferimos um total de 400 755 doentes. Pela análise económica (tabela 9), verificamos 142 246 M€ em proveitos, 152 668 M€ em despesa e 9 978 M€ em despesa de consumo clínico.

1.4 Hospital D

A Missão do hospital F rege-se pela seguinte missão: “*Desenvolver acções no domínio da prestação de cuidados de prevenção primária e secundária, assim como da investigação e da formação.*” Os valores que servem de linha de orientação à actividade desenvolvem-se tendo em conta as necessidades de cada cidadão, perspectivando o acesso à saúde em tempo útil. Este hospital enfoca como valores: a melhoria continua, a qualidade dos cuidados, a modernização, a humanização dos serviços bem como a qualificação dos profissionais quer técnica quer científica e garantir a melhor eficiência e eficácia nos serviços prestados.

O Hospital D, tabela 11, apresenta um total de 1882 profissionais de saúde: 464 são médicos, 848 enfermeiros e 570 auxiliares. Em relação aos doentes assistidos, verificamos um total de 418 316 doentes. Pela análise económica (tabela 9), apuramos 121 163 M€ em proveitos, 149 759 M€ em despesa e 13 288 M€ em despesa de consumo clínico.

1.5 Hospital E

Este Hospital quer ser reconhecido pela excelência da sua organização, equilíbrio económico-financeiro, humanização, modernidade, competitividade e proximidade com os médicos de família. Este hospital é altamente especializado para a Doença Oncológica, sendo, portanto, grandemente diferenciado. Tem por Missão: “ *a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a sua articulação com os outros parceiros do sistema; a valorização do ensino pré e pós graduado e da formação profissional; a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.*” Na sua actividade, o Hospital e as pessoas que constituem a sua equipa de trabalho orientam-se pelos seguintes valores: orgulho e sentimento de pertença; qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço; respeito pelo utente e pelos seus direitos, através do reconhecimento do carácter único de cada pessoa que procura os seus serviços.

O Hospital E, tabela 11, apresenta um total de 2548 profissionais de saúde: 782 são médicos, 1048 enfermeiros e 718 auxiliares. Em relação aos doentes assistidos, verificamos um total de 340 932 doentes. Pela análise económica (tabela 9), analisamos 165 596 M€ em proveitos, 165 596 M€ em despesa e 13 109 M€ em despesa de consumo clínico.

1.6 Hospital F

A Missão deste Hospital prende-se com a: “ *Produção de Cuidados de Saúde de Excelência com Maior Eficiência. Manter a excelência dos cuidados de saúde que prestam, e se possível potenciá-los, com custos unitários cada vez mais baixos. Aumentar a eficiência na Produção é fundamental para assegurar o futuro, tanto para os doentes como para o Hospital e seus trabalhadores.*” Os objectivos e linhas estratégicas deste Hospital estão definidos no Plano estratégico do mesmo e estão enquadrados por um momento de mudanças estruturais induzidas por “*Produção de cuidados de saúde de*

excelência com maior eficiência”. O esforço de contenção da despesa, já reflectido, tem de prosseguir. Assentam em valores como: consolidação orçamental e controlo rigoroso da despesa; produção de cuidados de saúde de excelência com maior eficiência; renovação das infra-estruturas físicas e tecnológicas; desenvolvimento dos sistemas de informação; promoção da qualidade; reforço da articulação funcional com as outras unidades de saúde da região.

O Hospital F, tabela 11, apresenta um total de 613 profissionais de saúde; 142 são médicos, 240 enfermeiros e 231 auxiliares. Em relação aos doentes assistido, averiguamos um total de 143 467 doentes. Pela análise económica (tabela 9), verificamos 36 977M€ em proveitos, 16 639 M€ em despesa e 2 198 M€ em despesa de consumo clínico.

Da análise do tabela 11 - Comparação com recursos humanos/total doentes/actividade económica dos hospitais A, B, C, D, E e F, verificamos que o Hospital A apresenta um menor número de médicos 168 no seu total; já o Hospital B apresenta em maior número esta classe profissional, 1482 no total. Ao nível da classe da Enfermagem, o Hospital F apresenta um menor número 240 enfermeiros e o Hospital B, um maior número 2071 no seu total de Enfermeiros.

No atendimento aos doentes, o Hospital B conta com maior número de doentes 40134 quer em doentes saídos, quer no Serviço Urgência (255 974 doentes) e quer na Consulta Externa (545 509 doentes).

Hospitais	Actividade Económica M€		
	Proveitos	Despesa	Proveitos - Despesa
A	156 146	117 766	38 380
B	320 000	312 000	8000
C	142 246	152 668	- 10 422
D	121 163	149 759	-28 596
E	165 596	157 563	10 033
F	36 977	16 639	20 338

Tabela 10 – RELAÇÃO ENTRE ACTIVIDADE ECONÓMICA DOS HOSPITAIS A, B, C, D, E, F

Fonte: Elaboração própria

Em relação a análise da tabela 10, Ao nível da actividade económica o Hospital B conta

com mais proveitos e mais despesa, 320 000 M€ e 312 000 M€ respectivamente; também ao nível da despesa em consumo clínico, este hospital foi o que mais gastou, 30 281 M€. O Hospital F foi o que obteve menos actividade económica contando com 36 977M€ em proveitos e despesa de 16 639M€. Também o Hospital F foi o que menos consumo clínico despendeu um total de 3 310M€. O Hospital B é o que mais actividade económica apresenta, com um total em proveitos de 320 000 M€ e 312 000 M€ em despesa. A relação entre Proveitos e Despesa é de 8000 M€. Já os Hospitais D e C são os que apresentam maior dívida num total de 28 596M€ e 10 422M€, respectivamente. Os Hospitais A e F apresentam uma boa relação entre Proveitos e Despesa: para o Hospital A, 38 380M€ e para o Hospital F, 20 338M€.

Em relação à análise da Tabela 11, verificamos que o Hospital B é o que apresenta um maior número de médicos um total de 1482 médicos, no entanto a relação de Doentes/Médico é menor no Hospital E, sendo de 435,97 doentes por cada médico. Desta relação, relembra-se a diferenciação deste hospital para tratamento de doença oncológica.

A relação ao número de Enfermeiros, ele é maior no Hospital B com um total de 2071 enfermeiros, sendo que a relação mais baixa de Doentes/ Enfermeiro se encontra no Hospital C, citamos aqui a Visão deste hospital: *“Excelência no Cuidar”*.

A nível da Despesa, verificamos que é o Hospital D quem mais gasta por doente um total de 442 €; quem menos gasta é o Hospital F com 115 €. Dentro da despesa, o estudo separou Despesa em Consumo Clínico, verificando-se, aqui, que é o Hospital D quem mais gasta por profissional de saúde: 7060.57 €. Os que menos gastam são os Hospitais A, C e F: respectivamente, 3685.96€, 4338.26 € e 3585.64 €. Ainda em relação ao consumo clínico gasto por doente continuam a ser os Hospitais A, C e F quem menos gastam, respectivamente, 12,38€, 24,89€ e 15,32€; já os Hospitais E e B são os que mais gastam em material de consumo clínico por doente, nomeadamente 38,45€ e 35€; relembra-se, também, que aqui também devemos ter, ainda, em conta a especificidade destes hospitais, altamente diferenciados.

Depois desta observação, serão apresentados os dados das entrevistas e verificar-se-á, se o sucesso ou os insucessos de alguns destes números tem a ver ou não com a forma de gerir os recursos materiais das unidades hospitalares pelos enfermeiros chefes e colaboradores, optou-se para se aprofundar a gestão de recursos materiais referente ao consumo clínico.

Hospitais	A	B	C	D	E	F
Indicadores						
Médico	168	1482	600	464	782	142
Enfermeiro	475	2071	1300	848	1048	240
Auxiliar	255	1416	400	570	718	231
Total Profissionais	898	4969	2300	1882	2548	613
Total Doentes	267 178	841 617	400 755	418 316	340 932	143 467
Relação Doentes/ Médico	1590.34 Doentes/ Médico	567.89 Doentes/ Médico	667.92 Doentes/ Médico	901.54 Doentes/ Médico	435.97 Doentes/ Médico	1010.33 Doentes/ Médico
Relação Doentes/ Enfermeiro	562.48 Doentes/ Enferm.	406.38 Doentes/ Enferm	308.27 Doentes/ Enferm.	492.71 Doentes/ Enferm.	325.00 Doentes/ Enferm.	576.17 Doentes/ Enferm.
Relação Despesa (euros)/ Doentes	440	370	380	358	442	115
Relação Despesa(M€)/ Profissionais	131.142	62.789	66.377	79.574	61.837	27.143
Relação Consumo Clínico(euros)/ Profissionais	3685.96	6093.98	4338.26	7060.57	5144.81	3585.64
Relação Consumo Clínico(Euros)/ Doentes	12.38	35	24.89	31.76	38.45	15.32

Tabela 11 – RELAÇÃO MÉDICO/ENFERMEIRO/ TOTAL DOENTES/ ACTIVIDADE ECONÓMICA

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO II

INTRODUÇÃO AO PROBLEMA

Tal como foi feito no estudo de caso de Ciliberti et al., (2008) os resultados são comparados com a literatura existente para estender a teoria (no caso de os resultados não estarem de acordo com a literatura), para aumentar a generalização (quando os resultados estão de acordo com a literatura) e para aumentar o nível teórico da criação de teoria a partir de casos de estudo.

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação dos resultados é feita de forma descritiva e com citações ilustrativas das respostas dos entrevistados. Para dar continuidade á investigação procedeu-se a uma análise dos dados recolhidos. *“A análise dos dados é o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas (...) com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou”*. (Bogdan e Biklen, 1994, p. 205).

Como principal metodologia de tratamento de dados utilizou-se a análise de conteúdo, que consiste numa “*técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação*”. (Carmo e Ferreira, 1998, p. 251)

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo não deve ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, pois a sua principal finalidade é a inferência dos conhecimentos relativos às condições de produção/recepção, com a ajuda de indicadores (quantitativos ou não).

As técnicas da análise de conteúdo estão para os estudos qualitativos, como as técnicas estatísticas estão para os estudos quantitativos. (Turato, 2003)

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 252), as análises de conteúdo podem ser de diferentes tipos pelo que enquadraríamos este estudo como sendo uma análise de exploração, qualitativa, indirecta: de *exploração*, porque a nossa única finalidade será explorar; *qualitativa*, porque pretende dar relevância ao interesse e valor do tema; *indirecta*, porque procurará uma interpretação da linguagem expressa e não apenas a contagem de certos temas.

O tratamento e apresentação dos dados deste estudo compreenderam várias fases:

Inicialmente *preparou-se o material a analisar*. Esta fase consiste na transcrição das entrevistas após a sua recolha. Teve-se a preocupação de não esquecer de transformar em palavras as expressões gestuais, as hesitações ou a força expressiva que o entrevistado poderia dar, ou não, a determinada questão. Após a transcrição devolveu-se as narrativas aos entrevistados para que estes tivessem a palavra final sobre o conteúdo do material escrito. Consciente da variedade de material com a qual nos deparámos, começou-se pela ordenação e organização de todo o conteúdo. Segundo Turato (2003), podemos definir este período como *o processo de editoração*. A etapa seguinte da abordagem das informações recolhidas consiste em ler e reler as transcrições das entrevistas de modo a que a leitura esclareça, de forma progressiva, as diferentes partes que constituem o “*corpus*”⁹. O texto deve ser conhecido de tal forma que se descubram as mensagens implícitas, as dimensões

⁹ “*Corpus*” - conjunto dos documentos escolhidos que posteriormente serão sujeitos à análise de conteúdo. (Carmo e Ferreira, 1998, p. 254)

contraditórias e os pontos que se encontram “*escondidos*”. Como refere Turato (2003, p. 445), “*Cuidado com a sedução da clareza! Cuidado com o engano do óbvio!*”. Após nova leitura das entrevistas, foram definidas as unidades de análise a considerar neste estudo. Eis, a seguir, a apresentação dos dados elaborada através da aplicação das entrevistas. Relembramos que estas foram aplicadas em seis Organizações Hospitalares diferentes, identificadas, neste estudo como Hospital A, B, C, D, E e F e, nas tabelas de análise como HA, HB, HC, HD, HE, e HF.

Para a apresentação dos dados, optámos por seguir o enunciado do guião de entrevista (Anexo I), a saber:

- Apresentação Sumária do Serviço.
- Breve apresentação profissional do Entrevistado.
- Descrição da Gestão de Recursos Materiais no Serviço que chefia
- Identificação dos materiais de consumo Clínico com maior consumo/gasto no serviço em estudo.
- Materiais para os quais considera em que há mais desperdícios e a razão desse facto.
- Existência ou não existência no serviço identificado de indicadores de avaliação nesta área.
- Alterações capazes de melhorar esses indicadores.
- Indicadores adequados ao serviço hospitalar em análise.
- Estratégias utilizadas para contenção de custos no referido serviço hospitalar.
- Forma de motivação para os levar os seus colaboradores à contenção de custos.

1.1 Apresentação dos dados

1.1.1 Apresentação Sumária do Serviço

Serviços \ Hospital	HA	HB	HC	HD	HE	HF
Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	X					
Serviço de Urgência (SU)	X		X			X
Bloco Operatório (BO)		X				
Serviço de Cirurgia (SC)		X				
Serviço Viatura Médica Emergência e Reanimação (Serviço VMER)			X			
Serviço de Psiquiatria (SP)				X		
Serviço de Medicina (SM)				X		
Serviço de Oncologia Médica (SOM)					X	
Serviço de Oncologia Cirúrgica (SOC)					X	
Serviço de Ortopedia (SO)						X

Tabela 12 – APRESENTAÇÃO SUMÁRIA DOS SERVIÇOS

Fonte: Elaboração própria

Da análise da tabela 12, verifica-se que:

- Em cada Organização Hospitalar, foram sempre analisados 2 serviços diferentes;
- O Serviço de Urgência foi o mais analisado (em 3 dos 6 hospitais)
- Os restantes serviços foram apenas analisados uma vez;
- Num mesmo hospital (hospital E), foram analisadas 2 valências (Medicina e Cirurgia) de um mesmo serviço (oncologia);

Pretendeu-se analisar o mais variado possível de serviços de modo a ser verificado se a especificidade do mesmo interfere na sua gestão de recursos materiais.

1.1.2 Breve apresentação profissional dos Entrevistados

Hospital	HA		HB		HC		HD		HE		HF	
Serviço	UCI	SU	BO	SC	SU	SVMER	SP	SM	SOM	SOC	SO	SU
Formação do entrevistado	EC, E. em Saúde Comunitária, PG em urgência e emergência e formação em gestão hospitalar	EC, E em Médico-cirúrgica, formação interna em Gestão.	EC, E em médico – cirúrgica, formação PG em gestão	EC, E. em Saúde Comunitária	EC, E em reabilitação, PG em gestão	EC, E em reabilitação, formação interna em gestão	EC, E em saúde mental, Mestrado em ciências da enfermagem	EC, E em Médico - cirúrgica	EC, E. em Saúde Comunitária	EC, E em Médico – cirúrgica, PG em Oncologia	EC, E em Médico – cirúrgica, PG em Liderança	EC, E em Médico – cirúrgica, PG em administração serviços de saúde

Tabela 13 – BREVE APRESENTAÇÃO PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

Fonte: Elaboração própria

Houve necessidade de usar abreviaturas, compiladas na tabela 14, de forma a facilitar a consulta e, consequente, análise da anterior:

Todos os enfermeiros – Chefes entrevistados têm especialidade numa determinada área, destacando – se a especialidade médico – cirúrgica (6 em 12), seguida da saúde comunitária (3 em 12); 6 têm pós-graduação numa determinada área; 5 têm formação paralela em gestão/administração e um outro em Liderança.

Denominação	Sigla
Enfermeiro - Chefe	EF
Especialista	E
Pós-Graduação	PG
Unidade de Cuidados Intensivos	UCI
Serviço de Urgência	SU
Bloco Operatório	BO
Serviço de Cirurgia	SC
Serviço VMER	SVMER
Serviço de Psiquiatria	SP
Serviço de Medicina	SM
Serviço de Oncologia Médica	SOM
Serviço de Oncologia Cirúrgica	SOC
Serviço de Ortopedia	SO

Tabela 14 – ABREVIATURAS USADAS NA TABELA

Fonte: Elaboração própria

1.1.3 Descrição da Gestão de Recursos Materiais

Dando cumprimento ao primeiro objectivo do nosso estudo, importava descrever de que forma é feita a gestão de recursos materiais nas várias unidades onde se realizaram as entrevistas; dos dados recolhidos, elaborou-se a tabela 15.

Da análise da tabela 15, dos 12 serviços analisados, 8 referem as compras “*Centralizadas num Serviço logística e Compras*”; 4 (HA- UCI e SU; HF- SO e SU) utilizam ferramentas de gestão Kaizen conjugadas com reposição por níveis Kanban. Os restantes 4 apontam “*um serviço de aprovisionamento responsável pelas compras*”, nos HD e HE.

Observa-se que nas Organizações Hospitalares que utilizam, na sua logística, ferramentas

de gestão como citámos – Kanban e Kaizen – a provisão é feita anualmente nos dois serviços, com excepção do HA, SU que, dada a sua especificidade de serviço de urgência a reajusta 2 vezes por ano e ao HC, SVMER que a reajusta, sazonalmente, pela mesma razão. Esta provisão anual corresponde a uma economia de tempo para outras actividades.

Hospital	Serviço	Compras/ Organização	Reposição	Provisão
HA	UCI	Centralizadas num Serviço de logística e Compras Ferramenta Gestão Kaizen	Realizada por níveis, diariamente, segundo o sistema Kanban	Anualmente.
	SU	Centralizadas num Serviço de logística e Compras Ferramenta Gestão Kaizen	Reposição por níveis diariamente, mesmo sistema Kanban	A provisão é acertada 2 vezes/ano, tendo em conta consumo variável sazonalmente.
HB	BO	Centralizadas num Serviço de logística e Compras	Reposição diariamente	não refere
	SC	Centralizadas num Serviço de logística e Compras	Três vezes por semana	Anualmente
HC	SU	Centralizadas num Serviço de logística e Compras	Reposição por níveis diariamente – sistema Kanban	Anualmente, com ajustes sazonais.
	SVMER	Centralizadas num Serviço de logística e Compras	Reposição por níveis diariamente – Sistema Kanban	Provisão anual, acertada de três em três meses
HD	SP	Serviço de aprovisionamento responsável pelas compras	Reposição uma vez por semana	De três em três meses
	SM	Serviço de aprovisionamento responsável pelas compras	Reposição 2 vezes por semana	De três em três meses
HE	SOM	Serviço de aprovisionamento responsável pelas compras	Reposição no armazém do serviço de 15/15 dias informaticamente	Feita quinzenalmente
	SOC	Serviço de aprovisionamento responsável pelas compras	Reposição, no armazém do serviço, uma vez por semana informaticamente	Realizada de 15 em 15 dias
HF	SO	Centralizadas num Serviço de logística e Compras Ferramenta Gestão Kaizen	Reposição por níveis diariamente – sistema Kanban –	Anualmente
	SU	Centralizadas num Serviço de logística e Compras Ferramenta Gestão Kaizen	Reposição por níveis diariamente – sistema Kanban –	Anualmente

Tabela 15 – DESCRIÇÃO DA GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS

Fonte: Elaboração própria

O facto de se verificar nos HA, HC e HF a centralização num serviço de logística e compras, permitiu segundo os entrevistados, armazéns orientados ao fluxo de materiais – *just in time*, novos métodos de *picking* e expedição dos materiais até as unidades hospitalares.

Da leitura das entrevistas, e relativamente a compras hospitalares, reposição e provisões foram ainda retiradas as seguintes considerações feitas pelos enfermeiros–chefes dos vários serviços, aquando da descrição que fizeram da gestão de recursos materiais nos serviços em que são responsáveis:

HA, UCI: o entrevistado acredita nas vantagens da Economia de Escala; considera haver uma boa rede de comunicação intra-serviços e Serviço aprovisionamento:

“Considero ser urgente a Globalização desta forma de trabalho, pois deixamos de nos focar nas tarefas administrativas e passamos a estar mais focados nos cuidados aos nossos doentes, recorde-me dos tempos que passava horas de volta dos pedidos de material, existia anteriormente uma excessiva burocracia em todos os processos de pedidos ao armazém”.

HA, SU: Também focam:

“A reposição por níveis veio melhorar a organização interna do serviço, ficamos com mais espaço neste serviço, houve uma mudança significativa dos stocks, que era catastrófico a quantidade de material que existia, garanto que hoje temos menos desperdício de material. Uma falha a citar é não haver neste momento nenhum enfermeiro na comissão de escolha de compra de material e ter-se muito em atenção ao custo e não tanto a qualidade do produto.”

HB, BO: Salienta que:

“No bloco existe material em que a sua manutenção é muito cara. Por outro lado, tem de ter em conta os “desejos” dos cirurgiões. Refere, que muitas vezes diz: “aqui não há menus como nos restaurantes”, os cirurgiões pedem tudo à sua medida o que é complicado tendo em conta o pequeno espaço para armazenamento.”

Segundo este entrevistado, os cirurgiões mais velhos preocupam-se mais com a economia de gastos, do que os mais novos, talvez tendo em conta a realidade vivida por cada um.

Refere ainda:

“É verdadeiramente alucinante os materiais que se gastam num Bloco Operatório”.

E lembra que um factor, também responsável do fluxo de material excessivo do seu serviço será a grande mobilidade de cirurgiões.

HC, SU: Ainda referente às ferramentas de gestão:

“As vantagens de implementação do Sistema Kanban permitiram o controlo de rupturas de stocks, para além da poupança de tempo, custos e espaço. Este sistema permitiu eliminar a árdua tarefa da contagem do material e dos pedidos mensais.”;

HD, SP: Reforça:

“Existem frequentemente rupturas de stops. Refere ter dificuldade em ajustar stock mínimo, talvez se fosse reposição mais que 3 vezes por semana seria mais Eficaz e Eficiente, outro problema é o material obsoleto que se acumula no Serviço.”;

HE, SOM: Salienta:

“Existe uma grande variedade de material neste serviço, estando acondicionado em 2 pequenos armazéns. Frequentemente temos rupturas de stocks, situação que poderia ser resolvida se fosse, pelos menos, realizada reposição semanal”.

HF, SU: Reforça:

“Diante o aumento actual de produtos no mercado, este hospital teve que alterar o perfil dos piking em reposições diária, existe uma política de redução de stops nos serviços. Num serviço de urgência existe uma heterogeneidade de materiais tendo em conta a grande variabilidade de especialidades, sem dúvida a reposição por níveis, mantém “a casa” arrumada. Esta forma de trabalhar melhorou a rede de comunicação

entre o serviço urgência e o serviço aprovisionamento.”

Verificou-se que com a existência de ferramentas de gestão, foi possível uma transformação dos serviços assim como a simplificação de muitos processos. Realçamos aqui os dados citados pelos Hospitais A, C e F. Através da utilização de ferramentas de gestão, eliminaram-se actividades desnecessárias, libertando a equipa prestadora de cuidados de saúde para actividades mais direccionada nos cuidados ao doente. Sem dúvida que a aplicação de ferramentas de gestão, beneficia todos: clientes/ doentes, prestadores de cuidados de saúde e administradores hospitalares.

1.1.4 Identificação dos materiais de consumo clínico com maior consumo/gasto no serviço em estudo

Após análise das entrevistas realizadas, compilámos na tabela 16 os materiais de consumo clínico mais referidos. Verificamos que não existe grande variação em relação ao material de consumo clínico gasto nos serviços. Optou-se por dividir os materiais em 6 grupos, conforme apresentamos na tabela 16. Apresentam-se as seringas e as agulhas, as compressas, os fios de sutura e as sondas de aspiração, as fraldas e os resguardos, os cateteres periféricos e os sistemas soros, por último, as luvas/ toalhetes. Verificamos que a especificidade de cada serviço tem influência no material consumido de acordo com tipologias do cliente e do grau de dependência do mesmo. Nota-se semelhanças nos consumos, nomeadamente nos serviços de urgência dos HA, HB, HF. As especialidades cirúrgicas são apontadas como mais gastos tudo a que se refere a procedimentos mais invasivos. As luvas/ toalhetes e as compressas foram os mais citados pelos entrevistados. De referir que em relação a estes materiais, poderá dever-se ao facto da má prática da sua utilização, nomeadamente, utilização de luvas em procedimentos não necessários, desvalorizado o toque ao doente, lavagem das mãos com água e sabão após alguns procedimentos não invasivos, em vez de higienização onde se deveria utilizar uma solução cutânea anti-séptica e não utilização toalhetes e utilização de compressas para limpeza por exemplo de bancadas de trabalho.

Material mais consumido	HA		HB		HC		HD		HE		HF	
	UCI	SU	BO	SC	SU	SVMER	SP	SM	SOM	SOC	SO	SU
Seringas, agulhas,	X	X			X	X						X
Compressas,		X	X	X	X	X				X		X
Fios de sutura e sondas de aspiração			X									
Fraldas, resguardos				X			X	X	X		X	X
Cateteres periféricos, Sistemas Soros	X	X			X	X			X	X		X
Luvas/ Toalhetes				X	X		X				X	X

Tabela 16 - IDENTIFICAÇÃO DOS MATERIAIS DE CONSUMO CLÍNICO COM MAIOR CONSUMO

Fonte: Elaboração própria

1.1.5 Desperdícios e explicações fornecidas

As já referidas entrevistas, permitiram o levantamento dos desperdícios em cada unidade analisada, assim como recolher as explicações respeitantes a esse facto. Para análise, foi elaborada a tabela 17. Analisando esta tabela, relativamente ao HB, SC, o entrevistado não respondeu à questão e justifica pelo facto de ser difícil “quantificar”, quando não era o que era solicitado. Não questionámos a formulação da questão, uma vez que os restantes inquiridos responderam sem apontar dificuldades na compreensão da pergunta. Verifica-se variedade nos materiais desperdiçados. São diversas as razões explicativas para a existência de desperdícios. HE, SOM aponta como razão justificativa para o desperdício a má gestão de recursos materiais do hospital; HB, BO considera haver desperdícios em todo em material embalado em grandes quantidades, nomeadamente fios de suturas (10 fios) e compressas 40x40 (10 compressas). Depois de aberto este material não pode voltar a ser

utilizado, sendo que nota que muito é desperdiçado; São, ainda, várias vezes referidas más práticas na utilização dos materiais que conduzem a desperdícios.

	Serviço	Desperdícios	Explicações Fornecidas
HA	UCI	Compressas	<i>“Aponto como desperdícios as compressas, mas considero que seja realizado um desperdício controlado devemos também ter em conta conforto do doente”.</i>
	SU	Toalhetes de mão	<i>“Considero haver desperdícios na utilização dos toalhetes das mãos- “existe um tique em puxar toalhetes”.</i>
HB	BO	Todo o material embalado em grandes quantidades	<i>“Existe uma política de trabalho em “massa”, quanto mais melhor; no entanto enfoco o trabalho passo a passo, de forma a não só garantir a qualidade dos cuidados, mas também podendo ter maior controlo dos consumos.”</i>
	SC	Não responde	<i>“É difícil quantificar o desperdício pois temos de ter em conta o conforto e a qualidade de vida dos doentes”</i>
HC	SU	Não há desperdícios	<i>“Para a provisão que foi estabelecida não considero que haja desperdícios neste serviço”.</i>
	SVMER	Não há desperdícios	<i>“Este serviço tem o mais baixo custo em material consumo clínico do hospital média de 30€/semana. “Na rua gasta-se menos não existe gastos supérfluos. Poderá existir desperdício por desconhecimento da utilização do produto.”</i>
HD	SP	Luvas, toalhetes de mão, desinfetante	<i>“Muitas vezes são utilizadas luvas em actividades que não necessárias. É desvalorizado o toque na relação de ajuda com o doente. Por outro lado considera o uso exagerado de toalhetes pós lavagem das mãos e o inapropriado uso de desinfetante pós lavagem das mãos. Os profissionais continuam a confundir lavagem e higienização das mãos.”</i>
	SM	Toalhetes de mão	<i>“Para além dos toalhetes, posso referir o uso inadequado de alguns produtos (estou-me a lembrar da sonda vesical)”</i>
HE	SOM	Não concretize	<i>“Considero haver desperdícios pelo acumular de material no armazém do serviço. Esta metodologia de armazenagem não é nada eficiente, mas já reporte este problema aos meus superiores e tudo se mantém na mesma”</i>
	SOC	Não há desperdícios	<i>“Existe uma cultura de poupança racional”</i>
HF	SO	Resguardos	<i>“Considero haver desperdícios na utilização de resguardos, má prática na sua utilização, muitas vezes utilizados onde não há necessidade e a utilização de compressas para limpeza de superfícies.”</i>
	SU	Produtos com validade muito reduzida	<i>“Alguns produtos onde existe má prática de utilização, nomeadamente pelo desconhecimento”</i>

Tabela 17 - DESPERDÍCIOS E EXPLICAÇÕES FORNECIDAS

Fonte: Elaboração própria

1.1.6 Gestão do Material

Com o intuito de responder a um dos objectivos específicos do nosso trabalho, analisar de que forma é organizada e administrada a gestão do material, elaborou-se a tabela 18:

GESTÃO DO MATERIAL	HA		HB		HC		HD		HE		HF	
	UCI	SU	BO	SC	SU	SVMER	SP	SM	SOM	SOC	SO	SU
Realizada pelo Enfermeiro-Chefe			X			X		X	X			
Delegação num colega especialista e com pós – graduação em gestão	X	X			X						X	X
Delega num colega especialista				X			X					
Não responde										X		

Tabela 18 – GESTÃO DO MATERIAL

Fonte: Elaboração própria

As considerações retidas sobre por quem é realizada a gestão de recursos materiais: Segundo o enfermeiro chefe (**HA, UCI**), o profissional a quem é delegada a função da gestão de recursos materiais, tem bastantes competências na área da gestão, não só pelos conhecimentos como também pelas habilidades técnicas, atitudes e competências comportamentais, que possui. Diz:

“O colega tem formação em gestão, considero que tal facto é essencial para uma melhor prática da gestão. Como sabemos, o conhecimento tem relação com a formação académica - o conhecimento teórico; por outro lado a habilidade está ligada ao prático, à vivência e ao domínio do conhecimento, aos valores e sentimentos das pessoas e relação com colegas e o comportamento humano enquanto profissional e pessoa. Não tenho dúvidas que executa tão bem ou melhor que eu esta actividade.”;

O mesmo entrevistado acrescenta, ainda,

“Considero que a delegação contribui para o desenvolvimento dos meus colaboradores. Esta é uma das mais importantes responsabilidades de qualquer líder, e delegar-lhes tarefas significativas constitui um dos meios mais adequados de a concretizar. Isso ocorre porque a delegação induz oportunidades que permitem às pessoas tomar iniciativa, resolver problemas, inovar, administrar e tomar decisões. Através da possibilidade que lhes é oferecida de, com acompanhamento, adquirirem experiência prática, os colaboradores podem beneficiar da melhor formação que existe: aprender fazendo”

Para o **HA, SU**, é-nos explicado:

“Penso que a delegação permite aos colaboradores uma implementação mais eficaz das decisões. Isto acontece porque os colaboradores que se sentem responsáveis pela decisão tendem a empenhar-se na busca da melhor solução, evitando fazer "má-figura".

Acrescentam, ainda, que o colega responsável pela gestão de materiais, é

“Muito organizado e metódico, faz um muito bom planeamento e tem o cuidado de apresentar relatórios de todo o material que entra e sai do serviço”;

No **HB, BO**, diz-nos que:

“Estou a Chefiar este serviço há menos de 1 ano e ainda estou a conhecer algumas competências nos colegas. Delegar elevadas responsabilidades num colaborador inexperiente pode originar fracassos estrondosos. Consequentemente, a organização é prejudicada, o gestor sente-se inibido para renovar a delegação, e o colaborador perde a auto-confiança e a motivação para vir a assumir novas responsabilidades no futuro.”;

No **HB, SC**, o responsável explica:

“Considero que a delegação é susceptível de melhorar a qualidade das decisões, por isso deleguei esta minha competência”;

Explicação do entrevistado do **HC, SU**:

“É impossível um líder querer fazer tudo, o tempo do líder é um bem precioso que deve ser investido judiciosamente em actividades para as quais ele é o membro melhor posicionado para executar... o que o líder pode delegar, o líder deve delegar”. “Este colega tem a gestão de recursos materiais como um sistema organizado, planeado e formalizado. Consegue antecipar obstáculos e eventuais estrangulamentos de materiais, faz ajustamento conforme necessidades do serviço. Preocupa-se com as reclamações dos colegas e quando um produto não satisfaz a equipa avisa de imediato o serviço de logística e compras. O envolvimento de toda a equipa é bastante necessário para satisfação dos resultados do grupo”.

O responsável de **HC, VMER** esclarece “*nada delego*” e justifica-se:

“Tenho consciência do meu exagerado perfeccionismo a realizar as minhas actividades por isso receio delegar as minhas actividades pois posso assistir a uma reputação negativamente deste serviço, afectado pelos erros dos colaboradores. Como consequência, nada delego, privando e também sei os colegas de aplicarem as suas capacidades e/ou aprenderem com os erros.”

Nada mais se observa sobre este assunto nas entrevistas realizadas aos enfermeiros - chefe de **HD, SP-** delegação num Enfermeiro Especialista e de **HD, SM-** realizado pelo Enfermeiro Chefe. Justifica-se desta forma o enfermeiro – chefe de **HE, SOM**: “*Esta Unidade tem uma carga emocional muito pesada, e não quero sobrecarregar um colega com mais uma tarefa.*”;

Por outro lado explica o responsável de **HF, SU**:

“ A delegação de funções é muito importante, é impensável querer fazer tudo”.

Da leitura e observação destes dados, verifica-se que o entrevistado no **HA, UCI** é aquele que mais se debruça sobre o fenómeno “*delegação de competências*”, reconhecendo vários factos: o enfermeiro – chefe não pode fazer tudo; no serviço, existem pessoas mais capacitadas para desempenhar essa tarefa; a capacidade em delegar é um dos atributos necessários a um enfermeiro chefe.

1.1.7 Indicadores de Avaliação

Relativamente à questão sobre a existência, ou não existência, de indicadores de avaliação elaboramos a seguinte matriz (tabela 19):

INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<i>“Os indicadores que temos são: Taxa ocupação, produtos mais gastos com comparativo com mesmo mês ano anterior, Valor gasto quer em medicamentos quer em consumo clínico mensalmente pela unidade” (HA, UCI)</i>
<i>“ O custo mensal gasto no serviço, média gasta por enfermeiro, média gasta por médico, média atendimentos. Os indicadores são essenciais para se fazer uma avaliação” (HA, SU)</i>
<i>“O consumo mensal e gasto mensal do serviço” (HB, BO)</i>
<i>“Utiliza Indicadores custo e gastos mensais. Sei que mais indicadores poderíamos apresentar mas tenho falta de tempo para tudo” (HB, SC).</i>
<i>“Indicadores avaliação apresenta: Número de doentes assistido e comparativo com ano anterior: Idades/sexo; Horas do dia/atendimentos; número total dos 10 produtos mais gasto no mês e o preço desses produtos” (HC, SU).</i>
<i>“Número de saídas/meses, comparativo com ano anterior, volume de material gasto por mês (HC, VMER)</i>
<i>“Não tem indicadores no serviço, mas refere que sem eles é difícil fazerem-se avaliações”. (HD, SP)</i>
<i>“Lotação serviço e os gastos mensais” (HD, SM)</i>
<i>“Consumo mensal e custos, lotação de doentes.” (HE, SOM)</i>
<i>“Controlo bimensal do consumo comparativamente com ano anterior. 5 produtos mais gastos e menos gastos. As variações são justificáveis dependendo da tipologia do doente e mudança de procedimentos.” (HE, SOC)</i>
<i>“Indicadores mensais: Taxa ocupação da Unidade, grau de dependência dos doentes, consumos” (HF, SO).</i>
<i>“Os indicadores são o gasto total em consumo clínico e medicamentos em termos mensais; os gastos por enfermeiro, por médico e por doente e finalmente o preço de produto por unidade” (HF, SU)</i>

Tabela 19 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos indicadores de avaliação, nem todos os entrevistados responderam de forma precisa quanto à sua existência ou não existência.

Assim, registámos as respostas de HA, UCI, que constam da tabela acima apresentada. Quanto ao HA, SU, o entrevistador apenas refere que utiliza indicadores e cita o custo mensal gasto no serviço, a média gasta por enfermeiro, a média gasta por médico e a média de atendimentos. No entanto, considera que os indicadores são essenciais para se fazer uma avaliação. No HB, BO, o entrevistador refere somente que apresenta indicadores de consumo mensal e gasto mensal do serviço. Assim como no HB, SC, que aponta indicadores de custo e gastos mensais. No HC, SU, os indicadores de avaliação existem em maior número e são substancialmente diferentes daqueles que até agora foram referidos: número de doentes assistido e comparativo com o ano anterior – idades/sexo; horas do dia/atendimentos; número total dos dez produtos mais gastos no mês e, ainda, o preço desses produtos. No mesmo hospital, HC, serviço VMER, são referidos como indicadores o número de saídas/meses comparativos com o ano anterior e o volume de material gasto por mês. No HD, SP, o entrevistador afirma que não tem indicadores no serviço mas refere que sem eles é difícil fazerem-se avaliações. Quanto ao HD, SM, os indicadores são a lotação do serviço e os gastos anuais. No HE, SOM, não são utilizados indicadores mesmo se o entrevistador refere como possíveis indicadores o consumo mensal, os custos e a lotação de doentes. No HE, SOC, os indicadores apontados são o controlo bimensal do consumo relativamente ao ano anterior e ainda os cinco produtos mais gastos e menos gastos. No HF, SO, os indicadores mensais são a taxa de ocupação da unidade, o grau de dependência dos doentes e os consumos. No HF, SU, os indicadores são o gasto total em consumo clínico e medicamentos em termos mensais; os gastos por enfermeiro, por médico e por doente e finalmente o preço de produto por unidade.

Da leitura das entrevistas realizadas verifica-se que, embora todos os entrevistados apontem indicadores de avaliação, nem todos os utilizam. Para além disso, verifica-se uma grande variedade de indicadores de hospital para hospital e até mesmo de serviço para serviço dentro do mesmo hospital.

Relativamente a alterações capazes de melhorar esses indicadores e aos indicadores adequados ao serviço hospitalar em análise, questões que constavam do guião de entrevista, nenhum dos entrevistadores respondeu.

1.1.8 Estratégias para Contenção de Custos

Relativamente às estratégias utilizadas para a contenção de custos no HA, UCI, o entrevistador aponta para uma reflexão em passagem de turno:

“É nos locais de trabalho em torno da prática que os enfermeiros desenvolvem competências reflectindo em comum entre os seus pares”.

No HA, SU, o responsável refere como estratégias a utilização de reuniões de serviço para a formação interna. Têm a noção que os enfermeiros são os mais “poupados” nos serviços e talvez seja reflexo do baixo rendimento que auferem. Na sua opinião, na classe médica poucos são os que se preocupam com os custos, apenas prescrevem, sem terem conta nem o custo para o hospital nem o custo para o doente. Cita:

“Neste serviço vive-se com o mínimo. Temos de poupar todos os recursos. Outra estratégia para evitar desperdícios seria aquisição de doses individuais de produto. Utilizo muito a gestão visual, para clarificar a utilização de determinados materiais e uniformizar procedimentos”.

No HB, BO, as estratégias que o entrevistado utiliza emergem, diz ele, da sua prática profissional: ser o exemplo e mostrar à equipa que se preocupa com esta problemática. Tem o cuidado de realizar reuniões periódicas sobre análise de consumos e custos.

No HB, SC, apontam-se como estratégias a formação informal e a formação em serviço:

“A produção das práticas profissionais remete, essencialmente, para o processo de socialização profissional, vivido nos contextos de trabalho. Não é pela acumulação de cursos, conhecimentos ou técnicas que se constrói a formação, mas através de um trabalho de reflexão, de cada indivíduo, sobre as suas práticas e de uma permanente construção da sua identidade pessoal”.

No HC, SU, o enfermeiro chefe, como estratégias, aponta as passagens de turno para chamadas de atenção, observação e nomeia atitudes onde estejam presentes actos inovadores.

Para HC, VMER, referem-se como estratégias as reuniões em serviço com o envolvimento de toda a equipa para ter em conta a decisão do grupo.

No HD, SP, como estratégias são referidas as formações informal e contínua e, também a criação de momentos de debate e reflexão.

Já no HD, SM, as estratégias referidas são reuniões individuais para alterações de condutas menos eficientes e eficazes e sobretudo uma boa rede de comunicação na equipa.

No HE, SOM, e como estratégias o entrevistado refere que as passagens de turno são um momento crucial para a apresentação de novas formas de trabalho e valoriza a formação informal.

No HE, SOC, são apontadas como estratégias a apresentação dos indicadores do serviço em reuniões de passagem de turno e debate em grupo.

No HF, SO, as estratégias focalizam-se nas reuniões de serviço nas reuniões individuais e na apresentação do preço unitário do produto.

No HF, SU, são referidas as necessidades de a ver uma apresentação/formação do novo produto; não haver separação entre a gestão e a operacionalização e haver supervisão das actividades dos colegas. É feita ainda uma observação sobre formações padronizadas, no sentido de valorizar antes as formações informais e individuais para correcção do erro.

1.1.9 Formas de Motivação

São referidas ao longo das entrevistas diversas formas de motivação.

HA, UCI: a motivação dos profissionais é dada através de mecanismos de reforço positivo para o desempenho, fazendo sentir que cada indivíduo é importante na equipa:

“Tendo em conta a teoria das necessidades humanas por Maslow, o topo da pirâmide é a auto-realização e os factores que nela são incluídos são o gostar do que se faz, o crescimento profissional e o reconhecimento e é com base neste princípio que motivo a minha equipa”.

HA, SU: o entrevistado refere que a motivação aos profissionais é dada através de mecanismos de reforço positivo para o desempenho, fazendo sentir que cada um, individualmente, é importante na equipa.

HB, BO: Motiva a sua equipa fazendo-a sentir que é parte determinante dela, considera estar perto da sua equipa e a única forma de atingir um objectivo de grupo é envolver todo o grupo para que todos caminhem pelo mesmo caminho:

“Principalmente tento elevar a auto-estima de todos os colegas, todos temos falhas mas todos temos algo que nos valoriza em relação ao outro”.

O HB, SC: a nível da motivação, diz-nos que o que motiva o nosso agir será o fazer e neste caso o fazer bem e com eficiência:

“Motivação é um construto e se refere a uma direcção momentânea do pensamento, da atenção, da acção a um objectivo visto pelo indivíduo como positivo.”

Discorda com incentivos monetários pois poderia colocar em causa a qualidade dos cuidados.

HC, SU: motiva os colaboradores ao envolvê-los nas decisões, pede para apreciar, pede uns estudos ou formação em serviço:

“A compreensão da motivação como força atractora não pode deixar de levar em conta as preferências individuais. Um mesmo objectivo pode ser procurado por diferentes pessoas por diferentes razões: uma deseja mostrar seu desempenho, outra anseia ter influência sobre outras pessoas (poder) entre outros. Temos de dar um sentimento de pertença dentro do serviço.”

HC, VMER: Uma forma de motivação será envolver os colaboradores nas decisões do serviço. Fazê-los sentir importantes na equipa e dar-lhes reforço positivo:

“Acredito que o reforço positivo leva-nos a ter comportamentos positivos e mais favoráveis para a Equipa e Organização”.

HD, SP: motiva realizando elogios em público e reconhecendo o desempenho de cada

colega para as acções de melhoria. HD, SM: não aponta factores de motivação. HE, SOM: como forma de motivação aponta a valorização individual de cada colega. HE, SOC: como motivação refere que o envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisões é sinal de confiança na equipa - tornando-a motivada para a mudança e inovação.

Já HF, SO: para motivar os seus colaboradores, delega-lhe funções. Fazendo-os sentir responsáveis por determinada área. Diz:

“as pessoas gostam de ser postas à prova, de forma a mostrarem as suas competências e cabe a nós Chefes deixar que isso aconteça e dar-lhes uma oportunidade”. “Delego funções mas sou supervisora, não é compatível para a eficácia e a eficiência ter domínio de tudo, confio da minha equipa”. Lendo um documento diz: “Sou defensor da Andragogia (arte ou ciência de orientar adultos a aprender) e do modelo andragógico que se baseia nos seguintes princípios: Necessidade de saber: adultos precisam saber por que precisam aprender algo e qual o ganho que terão no processo. Auto conceito do aprendiz: adultos são responsáveis por suas decisões e por sua vida, portanto querem ser vistos e tratados pelos outros como capazes de se auto dirigir. Papel das experiências: para o adulto suas experiências são a base de seu aprendizado. As técnicas que aproveitam essa amplitude de diferenças individuais serão mais eficazes. Prontidão para aprender: o adulto fica disposto a aprender quando a ocasião exige algum tipo de aprendizagem relacionado a situações reais de seu dia-a-dia. Orientação para aprendizagem: o adulto aprende melhor quando os conceitos apresentados estão contextualizados para alguma aplicação e utilidade. Motivação: adultos são mais motivados a aprender por valores intrínsecos: auto-estima, qualidade de vida, desenvolvimento”.

HF, SU: como motivação refere principalmente o elogio:

“saber marcar posição mas brincar também. Haver respeito e autenticidade. Facilitar o horário de trabalho e as trocas. Criar um bom ambiente de comunicação. Defender a equipa perante outra classe profissional. Um clima de terror, falta de informação e ser desonesto

torna a equipa ineficiente. Os colegas são elos fundamentais nesta equipa, tenho de lhes dar confiança para a receber”.

Relativamente a esta análise, parece – nos que as respostas obtidas ficaram aquém das nossas esperas; concebemos a motivação como um dos aspectos mais importantes para o desenvolvimento de qualquer actividade, pelo que nos parecia sensato que a mesma fosse fulcral neste sector também. Ora, verificámos que, embora a refiram, poucos são os enfermeiros – chefes que conseguem concretizar a forma como a praticam.

1.2 Discussão

Neste capítulo é apresentada a discussão dos dados encontrados, resultando de uma reflexão feita a partir do enquadramento teórico deste estudo, dos dados analisados e da reflexão da autora, tendo suscitado a necessidade de realizar novas leituras e de consultar estudos realizados por outros autores. Partindo dos testemunhos obtidos, a autora foi considerando algumas temáticas que emergiram e que se interligam de forma complexa e sistemática e que respondem aos objectivos do estudo:

- Analisar de que forma é organizada e administrada a “*gestão de recursos materiais em meio hospitalar*”, como objectivo geral.

Fixamos, ainda, como objectivos específicos os seguintes:

- Identificar competências dos enfermeiros enquanto gestores de recursos materiais nas unidades hospitalares;
- Identificar estratégias implementadas, nas unidades hospitalares de forma a garantir a gestão recursos materiais;
- Conhecer a forma como os enfermeiros chefes motivam os colaboradores para a contenção de custos

Com este estudo conseguiu-se atingir uma compreensão da realidade da gestão de recursos materiais em diferentes hospitais, uns mais adequados do que outros. Estudaram-se organizações/ formação dos enfermeiros, formas de gestão, competências, formas de

liderança; apresentaram-se indicadores de avaliação, estratégias e motivações para garantir a gestão de recursos materiais nas Unidades Hospitalares. Conheceram-se as vivências profissionais pelas suas próprias palavras.

Dos resultados da análise bibliográfica efectuada, será importante destacar alguns factos interessantes. O primeiro aspecto marcante que se pode retirar da análise feita prende-se com o facto de o sector da saúde em Portugal atravessar um período de forte mudança, motivada, por um lado, pela necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados e, por outro, pela necessidade premente de racionalizar custos. A esperança de vida da população é cada vez maior e a componente tecnológica da prestação de cuidados de saúde mais e mais intensa. Estes factores conduzem a um aumento global da despesa; no entanto, o suporte aos vários utentes não pode deixar de ser realizado com a máxima qualidade. Os hospitais devem garantir cuidados de saúde adequados e, ao mesmo tempo, manterem, ou melhorarem a sua performance financeira (Frederico e Castilho, 2006; Marques, 2007; Ministério da Saúde, 2007).

No presente trabalho, foi realizado um enquadramento das situações típicas da Gestão Hospitalar e são referidas ferramentas de gestão, tais como o sistema Kaizen, por exemplo, como soluções possíveis para tornar a operação mais produtiva, melhorando o serviço prestado na área da gestão de recursos materiais. As infra-estruturas principais do Sistema Nacional de Saúde, repartem-se, segundo dados do INE de 2001, em 217 Hospitais, dos quais, actualmente, 33 são, como foi referido, EPEs. Ribeiro afirma (2009, p.72):

“Os custos do SNS aumentaram enormemente. Só numa única década, 1995 para 2005, a despesa do SNS mais que duplicou, passando de 3001,7 para 7637,1 milhões de euros”. Para Ribeiro (2009, p.61): “...no ano 2007: o Estado gastou em média, com cada português 983 euros por ano”.

No nosso estudo, e tendo em conta gastos totais, os dados apurados para os seis hospitais e que se encontram sintetizados em tabelas já apresentadas e fazendo o cálculo da média de gastos nos 6 hospitais, verificamos uma media de 350,83 euros gastos por doente, sendo que o HE foi, no ano dos dados apurados – 2008 – o que mais gastou por doente (442 euros) e o HF, o que menos gastou (115 euros). Justifica-se, tal situação, pelo facto de o HE ser um hospital especializado em oncologia, com custos elevados inerentes aos

tratamentos oncológicos. Relembramos que o gasto em consumo clínico, neste hospital, no nosso estudo foi de 38,45 euros por doente enquanto o valor apurado relativamente ao HF foi de 15,32 euros por doente.

De referir que, com base nos dados apurados, se verifica que quer o HA, quer o HF que aplicam, ambos, ferramentas de gestão Kaizen, o gasto clínico por doente, é substancialmente inferior ao dos outros hospitais em análise: HA - 12, 38 euros; HB – 35 euros; HC – 24, 89 euros; HD – 31, 76 euros; HE – 38, 45 euros; HF – 15, 32. Segundo Carvalho e Ramos (2009, p.137):

“A aplicação dos princípios Kaizen numa óptica mais vasta torna-se muito útil no contexto dos prestadores de cuidados e serve, muito frequentemente e a par com outras lógicas e instrumentos, de sustentáculo a análises, desenho de soluções e intervenções práticas de natureza logística, de gestão logística ou de gestão da cadeia de abastecimentos.”

Também o HC, que aplica um sistema semelhante, apostado também, na redução de desperdícios, rentabilização dos serviços e consequente aumento de produtividade e diminuição dos gastos, apresenta um gasto clínico muito inferior aos hospitais que não se apoiam num desses sistemas e semelhante ao gasto clínico dos HA e HF.

Feita a media de custos em consumo clínico dos hospitais A, C e F, onde são utilizadas ferramentas de gestão pertencentes a um determinado sistema – citamos Kanban e Kaizen – verifica – se uma redução de 33, 5% de gastos relativamente aos restantes 3 hospitais em análise, o que corresponde aos dados apurados pela nossa pesquisa documental: cerca de 35 % de redução de gastos com a aplicação de um sistema de gestão de recursos materiais em meio hospitalar (Masaaki, 1992, 2010).

Os custos de materiais compõem uma fatia operacional de importância determinante para a gestão eficaz destes hospitais. É clássico encontrar uma elevada compartimentação das áreas de armazenagem dos estabelecimentos de saúde, impedindo a eficiência dos fluxos e flexibilidade de gestão operacional. Esta elevada compartimentação resulta também num baixo nível de sinergias entre áreas logísticas (replicação de áreas de receção, armazenagem, distribuição) por grandes grupos de artigos (farmacêuticos e dispositivos médicos) ou por unidades e serviços. Encontram-se, vezes sem conta, desconhecimento e

não aplicação de regras de promoção da eficiência da logística, de eliminação de desperdícios (stocks, actividades sem valor acrescentado) e de visibilidade operacional. A estrutura organizacional apresenta muitas vezes uma elevada burocratização (Saúde SA, 2005; Silva, 2008), esta situação também foi citada pelos nossos entrevistados. A sub-utilização das habilitações dos colaboradores que, em geral, se encontram no meio hospitalar em acções e tarefas não conformes às suas competências mais “nobres”, nomeadamente os enfermeiros, devem-se, em parte, à baixa eficiência dos modelos organizacionais que têm vigorado. Assim, num sistema de saúde centrado no utente, a gestão hospitalar terá de ser capaz de satisfazer, em primeiro lugar a qualidade, a eficácia e a eficiência do serviço prestado. Ao nível das infra-estruturas de apoio, dever-se-á considerar a possibilidade de efectuar a centralização das operações logísticas, tendo em conta o objectivo duplo de tornar os espaços mais flexíveis e os fluxos mais racionais.

Assim, é importante criar espaços de armazenagem tendencialmente “open space”, sabendo que existirão, à partida, restrições devido à necessidade de áreas específicas de trabalho e armazenamento, nomeadamente na área farmacêutica, e fluxos lógicos, com minimização de contra-fluxos operacionais. Manter como tantas vezes referido uma cultura de melhoria contínua nas organizações.

No que diz respeito à vertente organizacional, é fundamental a criação de uma responsabilidade clara sobre questões de gestão e logística, não só com o objectivo de padronizar procedimentos e centralizar as decisões e acções, mas também desenvolver competências técnicas que permitam enfrentar de maneira mais eficaz as cada vez maiores solicitações que irão surgir neste âmbito. Assim, salienta-se a importância da aplicação de ferramentas de gestão. Ainda quanto a questões organizacionais poderá considerar-se a implementação de uma área dedicada aos assuntos estratégicos na gestão de processo num hospital. Para corrigir uma falha comum, e atendendo à tão conhecida frase: “*Quem não mede, não gere*”, é premente a implementação de um sistema de desempenho dos processos de gestão e logística, em consonância com os objectivos globais do Hospital.

É importante ter em vista um permanente controlo dos vários objectivos, nomeadamente de eficiência, da eficácia e da melhoria contínua.

Nesta investigação pretendemos não reforçar a redução de custos, pois consideramos ser um termo muito forte quando se fala em cuidar em saúde, pensemos antes no termo

racionalização de custos, pois como o abordaram os nossos entrevistados poderíamos colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Não se deveria colocar a tónica na redução de custos *per si*, mas sim na prestação dos mesmos cuidados de saúde, a mesma produção nas unidades de saúde, mas gastando menos. É exactamente aqui, que este trabalho se revela como factor que pode alavancar significativas mudanças; se olharmos à estrutura de custos típica de uma unidade hospitalar, percebemos que a segunda classe mais importante.

Pensamos ser urgente uma reorganização do sector da saúde, não só racionalizando os custos, mas também, melhorando a qualidade do serviço prestado aos utentes. Pois como já foi referido com adequados processos de gestão os profissionais ficarão libertos para a prestação directa de cuidados de saúde (Okasaki, 2006); e como o refere Carvalho e Ramos (2009, p. 49):

”A estandardização de processos e de procedimentos, alguma capacidade de planeamento e de gestão, entre outros aspectos, beneficiarão o equilíbrio da prestação de cuidados de saúde e libertarão o dinheiro necessário à sustentação e crescimento saudável da empresa ou organização de saúde na procura das soluções para pacientes, doentes, utentes ou clientes.”

Como revelaram os entrevistados deste estudo, dados confirmados com literatura consultadas, todas as Unidades Hospitalares, qualquer que seja a sua forma, necessitam de desenvolver uma organização, como uma orientação empresarial, com vista ao lucro, só assim as organizações hospitalares serão capazes de se adaptar às mudanças no actual desenvolvimento da economia. Para funcionar correctamente, cada Unidade Hospitalar requer regras consistentes, papéis e padrões de interacção. Os elementos que a ela pertencem devem saber o que se espera deles e o que devem esperar dos outros. Durante um período de crise, e reflectindo a crise económica em que se vive, as rotinas são alteradas, exigindo-se uma reestruturação de papéis de forma a manter-se a função da organização, exigindo-se uma adaptação à mudança, ou seja, flexibilidade – a capacidade de mudar quando é necessário. A mudança, é, assustadora pelo facto de os membros da organização recearem perderem o controlo das suas próprias actividades profissionais, por medo do desconhecido. Como foi visto nas entrevistas nos Hospitais A, C e F, aqueles que

mantinham de algumas forma, processos de gestão e suas ferramentas apresentam valores de eficiência mais evidentes.

A obtenção de melhores resultados está intimamente ligada à capacidade de mudar para melhor o funcionamento das equipas. Masaaki Imai¹⁰ reforça a capacidade de envolver todos os colaboradores, todos os dias e em todas as áreas, competências de liderança e motivação aqui bem realçadas. As competências do enfermeiro gestor eficiente, deverão se caracterizar pela sua visão da realidade do Enfermeiro da prestação de cuidados. O Enfermeiro Gestor deve apresentar uma boa capacidade de comunicação e deverá ter um alto nível de desempenho profissional. Deve dotar-se de grande espírito de equipa e bom relacionamento interpessoal e ter uma atitude positiva, também este facto reforçado pelos autores Rego e Pina (2009). Relembramos o HC, VMER, que nos diz que a melhor forma de motivação será envolver os colaboradores nas decisões do serviço. Fazê-los sentir importantes na equipa e dar-lhes reforço positivo:

“Acredito que o reforço positivo leva-nos a ter comportamentos positivos e mais favoráveis para a Equipa e Organização”.

Assim, as competências essenciais que devem apresentar, tais como: desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador da segurança e protecção dos indivíduos/grupo; gerir os cuidados, optimizando da equipa de enfermagem e colaboradores a articulação na equipa multiprofissional; adaptar a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; desenvolver o autoconceito e a assertividade; basear a sua *práxis* clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento, deverão ter como principal objectivo uma boa gestão dos recursos materiais (e humanos), uma vez que esta condiciona, como já foi referido, todo o trabalho na própria unidade hospitalar. Assim sendo, parece – nos que a gestão dos recursos materiais depende das competências adquiridas para a gestão no seu todo.

¹⁰ Masaaki Imai é conhecido como o pai do Kaizen.

Realçamos, nesta discussão, aspectos essenciais para caracterização das competências do Gestor: liderança e tomada de decisão, que nos permitimos evidenciar através de algumas citações:

“Exige-se assim, dos enfermeiros, maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, exigências estas que, aliás, estão consignadas no seu estatuto e regulamento do exercício profissional” (Jesus, 2004, p. 14).

Esta missão só é possível se os enfermeiros forem capazes de tomarem decisões sobre situações complexas e embebidas em espaços multiprofissionais.

“Tomar decisões em enfermagem, é também uma forma de caminhar para a profissionalização e para a autonomia da profissão. A autonomia de uma profissão reflecte-se na forma como os seus profissionais conseguem decidir, responsabilizar-se por essas decisões e pelos seus resultados” (Neves 2004, p.8).

A experiência e o conhecimento são dois factores que afectam a tomada de decisão em enfermagem. A tomada de decisão no terreno da prática implica mais do que a simples aplicação dos conhecimentos teóricos. Efectuou-se essa observação através das entrevistas realizadas, uma vez que, a liderança que os autores analisados associam à tomada de decisão, se verifica em vários casos, através da delegação da competência de gestão de recursos materiais pelo enfermeiro – chefe num enfermeiro a quem reconhece competências nessa área: HC, SU:

“ É impossível um líder querer fazer tudo, o tempo do líder é um bem precioso que deve ser investido judiciosamente em actividades para as quais ele é o membro melhor posicionado para executar...o que o líder pode delegar, o líder deve delegar”.

Para além das características inerentes a um bom gestor referidas pelos nossos entrevistados, permitimo-nos referir outras que se evidenciaram a partir da análise bibliográfica e da observação directa que se realizou ao longo das muitas conversas informais tidas com os mesmos para a preparação do trabalho. As características que revela esse enfermeiro gestor e nomeadamente competência para a gestão de recursos materiais são: capacidade de ser autoconfiante e encontrar soluções para os problemas (conhecer

produtos e apresentá-los); iniciativa na resolução de problemas ou na consecução de objectivos (articulação com serviços logísticos e armazenamento); capacidade de resiliência, capacidade para manter comportamento equilibrado e ajustado aos contextos, manter autoconfiança e auto-estima nas decisões de “boa” gestão quando confrontado com a opinião dos outros e/ou quando as suas expectativas são atingidas; planejar, organizar os problemas de forma sistemática e coerente; criatividade, trabalhar para a melhoria contínua de processos, métodos, sistemas ou formas de avaliação; saber estabelecer uma boa relação interpessoal e capacidade de comunicação ligações estreitas com todos colaboradores do serviço.

Em relação às estratégias, qualquer que ela seja: destacam-se algumas palavras-chave que sempre a permeiam, entre elas: mudanças, competitividade, desempenho, posicionamento, missão, objectivos, resultados, integração, adequação organizacional, palavras que muitas vezes reduzem a sua amplitude, ao serem empregadas como sinónimos dela.

Reforçamos o que nos diz o HA, UCI: os profissionais têm de estar motivados para poupar e essa motivação dos profissionais é dada através de mecanismos de reforço positivo para o desempenho, fazendo sentir que cada indivíduo é importante na equipa. Pois só assim poderão se empregar adequadas estratégias para a contenção de gastos.

Segundo Martinet (1984, p.60)

"A Estratégia designa o conjunto de critérios de decisão escolhido pelo núcleo estratégico para orientar de forma determinante e durável as actividades e a configuração da empresa."

Como algumas estratégias para contenção de gastos da análise das entrevistas temos: o momento da passagem de turno para apresentação e formação na utilização e racionalização de materiais – Gestão do conhecimento, fixação em pontos estratégicos de processos, custos - Gestão visual. Criação de modelos logísticos, fluxogramas para realização de procedimentos de forma a minimizar consumos.

Para além das estratégias, consideramos importantes, aferir quais os indicadores mais adequados para uma gestão de recursos materiais. Verificou-se, da análise efectuada que não existe uma uniformidade de critérios na aplicação dos mesmos, variando estes de hospital para hospital. Os nossos entrevistados revelam algum conhecimento acerca da existência dos mesmos, mas referem, no entanto, que apenas seguem alguns. Parece-nos,

assim, importante referir aqueles que consideramos essenciais a uma boa gestão de todos os recursos materiais em meio hospitalar: tipologia do serviço; taxa de ocupação por idade/género, total atendimentos por idade/género/hora do dia, grau dependência dos doentes; total consumos em material clínico e medicamentos; total de custo em material clínico e medicamentos; média de custos gastos por profissional da unidade hospitalar, média de custos gastos por médico; média de custos gastos por enfermeiro; média de custos por doente internado ou assistido; número dos 10 produtos de material consumo clínico/ medicamentos mais gasto no mês; número dos 10 produtos de material consumo clínico/ medicamentos mais caro no mês; grau satisfação dos utentes; grau satisfação dos profissionais.

Para a motivação, este é um tema bastante complexo e que é muito mais abrangente do que se apresenta através deste resumo. A abordagem a este tema, neste trabalho, é entender que acções podem ser adoptadas visando manter a motivação de um grupo. É notório que um grupo de trabalho que apresenta falta de motivação produz muito menos do que se espera, e que a baixa produção é intrínseca à sua produtividade.

Não é possível manter um grupo motivado sempre: as dificuldades do dia-a-dia alteram o humor das pessoas, afectando o seu estado de motivação.

Os nossos entrevistados reconhecem a importância da motivação, utilizando sobretudo motivações de âmbito comportamental, o reforço positivo em público, a auscultação de todos os membros da equipe antes de uma tomada de decisão, a participação activa em prol de um trabalho colaborativo eficiente.

Uma estratégia de motivação dos colaboradores para a contenção dos custos é relatada pelos enfermeiros chefes como sendo aquela que pode ser colocada na prática dos processos formativos e da valorização pessoal e profissional.

Dentro da formação podemos dizer que a tendência será formações pró-activas, na medida em que funcionavam como um mecanismo de motivação e de implicação dos trabalhadores no projecto da organização.

Os profissionais que tenham um motivo para agir, agarrem as oportunidades, superem os obstáculos e aprendam com eles a seguir em frente o caminho. O fracasso deve ser um julgamento a curto prazo, devemos trabalhar constantemente em busca de trabalhos positivos.

Dar aos enfermeiros as informações necessárias para a realização de um bom trabalho; dar feedback regular; solicitar ideias e envolvê-los em decisões sobre suas funções; criar canais de comunicação fáceis de usar; felicitar pessoalmente o enfermeiro pelo bom desempenho; reconhecer o poder de sua presença profissional enquanto enfermeiro chefe; enviar uma mensagem escrita ao colaborador, elogiando seu desempenho; reconhecer publicamente um trabalho dos enfermeiros; saber repreender na medida certa sem expor aos demais; promover reuniões destinadas a comemorar o sucesso da equipa; dar ao cada enfermeiro a responsabilidade pela execução de tarefas onde o mesmo considere mais interessante executar; reconhecer as necessidades pessoais dos enfermeiros; usar o desempenho como base para a promoção; adoptar uma política abrangente de promoção.

Assim, o Enfermeiro Gestor deve estar atento ao Efeito Pigmaleão, nome este dado ao efeito de nossas expectativas e percepção da realidade na maneira como nos relacionamos com a mesma, como se realinhássemos a realidade de acordo com as nossas expectativas em relação a ela. Um fenómeno semelhante foi estudado por Robert Merton, que o chamou profecia auto-realizável, porque quem faz a profecia é, na verdade, quem a faz acontecer. Na gestão, a profecia auto-realizável foi apresentada em célebre estudo de Douglas McGregor, na década de 1960, que mostrou que a expectativa dos gestores afecta o desempenho dos colaboradores, ou seja, quando o gestor espera acções positivas deles, essas tendem a vir; quando tem expectativas negativas, elas provavelmente também serão confirmadas. Em termos práticos, se alguém vê o outro como "difícil", não-colaborador ou mesmo como "inimigo" da organização, tende a agir como se o outro realmente fosse assim, levando-o a fechar-se para a colaboração e a tornar-se parecido com a imagem criada. Portanto, e segundo McGregor, quem tem más expectativas sobre os outros, não acredita neles ou não vê suas qualidades, *alimenta* o pior desses indivíduos; já quando tem expectativas positivas, tende a obter o melhor de cada uma deles.

Podemos verificar que deverá existir uma mudança de pensamento e prática profissional nas unidades hospitalares, pois só assim se atingirá um alto nível de eficiência.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve momentos fulcrais: a concepção, a pesquisa que norteou a fundamentação teórica e, finalmente, a análise dos dados obtidos ao longo de todo o trabalho.

É importante identificar este trabalho como a primeira fase de outros, na medida em que se sente necessidade de lhe dar continuidade e consistência em termos de estudos posteriores.

No que diz respeito à concepção e respectiva metodologia, os objectivos foram alcançados, como ficou demonstrado nas várias sínteses feitas ao longo do estudo e, nomeadamente, no final de cada capítulo.

Muito trabalho ter-se-á realizar, em investigações futuras sobre um assunto como este; mas sempre que o tema seja delicado e, sobretudo, de forma a conseguir a envolvência total de todos os entrevistados, a entrevista deverá ser complementada com outro instrumento de recolha de dados que possibilite a confirmação dos dados obtidos através da entrevista; Apesar de todos os esforços desenvolvidos entende – se que esta investigação só foi concretizada parcialmente porque careceu de um maior número de entrevistas a nível nacional e de um outro instrumento de recolha de dados (para além da pesquisa bibliográfica) que consolidasse os dados recolhidos pela entrevista.

Também se deu maior ênfase à análise dos dados obtidos através da caracterização das Organizações Hospitalares em estudo, em detrimento, talvez, dos obtidos através das entrevistas realizadas, mesmo se, de facto, o público – alvo era constituído pelos enfermeiros – chefes de alguns serviços de essas organizações. Contudo, foi dado o primeiro passo numa análise mais comparativa entre as várias partes envolvidas no

processo da gestão de materiais em meio hospitalar e já se obtiveram contribuições muito úteis.

Foi no último capítulo, de análise, que se retiraram as conclusões mais importantes sobre toda a pertinência do trabalho desenvolvido, apesar de algumas questões ainda permanecerem em aberto.

Uma resposta mais objectiva e conclusiva para as questões anteriores ficará para estudos posteriores, que se pretendem, desde já, levar a cabo. E apesar dessa limitação, definiram-se metas, criaram-se expectativas e obtiveram-se bons resultados, nomeadamente relativamente à gestão de recursos materiais que se realiza já em determinados meios hospitalares e que parece confirmar a nossa questão inicial de que, afinal, é possível rentabilizar, de forma eficaz e eficiente esses recursos, para uma melhor qualidade nos serviços prestados, mas também com uma preocupação de diminuir os gastos inerentes aos diferentes serviços.

Permitem as dúvidas surgidas ao longo da análise das entrevistas ao público-alvo, e de acordo com o que tinha sido afirmado anteriormente, concluir que, num estudo mais exaustivo, esta deverá ser mais direccionada, não deixando margem para respostas ambíguas e, sobretudo, abordar de forma mais pormenorizada cada aspecto que se pretenda analisar.

Parece que quando o tema em estudo é demasiado “*sensível*” porque poderá colocar em causa a intervenção de determinadas entidades, a entrevista poderá não ser o melhor meio de obter dados exaustivos e verdadeiros que permitam a análise da situação a avaliar. E mesmo se, antes da elaboração das mesmas, se recolheram autorizações e aval, quer das Direcções das Organizações Hospitalares, quer dos próprios entrevistados, (por telefone, numa primeira fase e por escrito, posteriormente) para saber a melhor forma de elaborar as questões; para aferir da sua pertinência relacionada com a temática em estudo, de forma a se cruzarem os dados e consolidar a informação recebida, neste momento pode - se considerar que a entrevista teria, talvez, acarretado respostas mais completas, mais precisas, logo mais enriquecedoras para a investigação, se tivesse sido mais estruturada, mais dirigida, menos aberta.

No entanto, os resultados obtidos quer com a pesquisa documental, quer com as entrevistas, permitiram trazer as seguintes respostas, relativamente aos objectivos

inicialmente formulados (e apresentados na Introdução deste trabalho) a saber:

- I. A gestão de recursos materiais em meio hospital é hoje uma preocupação assumida de cada organização, mesmo se estas nem sempre conseguem concretizá-la de forma eficiente e eficaz;
- II. Todos os entrevistados (enfermeiros – chefes, no seu serviço) reconhecem a necessidade premente de uma “*gestão eficiente de recursos materiais em meio hospitalar*”;
- III. Defendem o papel do Enfermeiro com formação em Gestão como essencial para garantir a Gestão nas Unidades de Hospitalares.
- IV. Citam-se com características deste enfermeiro a capacidade de ser autoconfiante e encontrar soluções para os problemas (conhecer produtos e apresentá-los); iniciativa na resolução de problemas ou na consecução de objectivos (articulação com serviços logísticos e armazenamento); capacidade de resiliência, capacidade para manter comportamento equilibrado e ajustado aos contexto, mantém autoconfiança e auto-estima nas decisões de “boa” gestão quando confrontado com a opinião dos outros e/ou quando as suas expectativas são atingidas; planejar, organizar os problemas de forma sistemática e coerente; criatividade, trabalhar para a melhoria contínua de processos, métodos, sistemas ou formas de avaliação; saber estabelecer uma boa relação interpessoal e capacidade de comunicação ligações estreitas com todos colaboradores do serviço.
- V. Reforça-se a necessidade de duplas lideranças nas organizações. Esta complementaridade é um processo em que duas pessoas (um com maior pendor intuitivo e emocional, outro mais gestor e com “pés mais assentes na terra”). A dupla liderança resulta da dificuldade em conciliar dois papéis organizacionais fundamentais – gestor e líder numa mesma pessoa, bem evidente no nosso estudo
- VI. As acções a ser desenvolvidas por parte dos Enfermeiros na gestão de recursos materiais, vão desde a preocupação com o ambiente físico (iluminação, ventilação, limpeza e conservação); dotação de materiais e equipamentos; responsabilidade pelo processo de previsão, provisão,

organização e controlo de materiais; requisição dos mesmos e ainda participação de selecção através das comissões de escolhas

- VII. Todos os entrevistados referem várias estratégias implementadas nas unidades hospitalares onde trabalham, de forma a garantir uma eficiente gestão, mesmo se esses planos variam muito de unidade para unidade e nem sempre se traduzem em resultados concretos;
- VIII. Como estratégias de contenção de gastos e custos temos a realização de formações externas, reuniões periódicas sobre análise de consumos e custos, formação informal, aponta-se as passagens de turno como essenciais para fazer ponto de situação dos gastos do serviço e observação de constatações, focaliza-se momentos de debate e reflexão. A gestão visual torna-se essencial para a referida poupança, não só para clarificar a utilização de determinados materiais mas para uniformizar procedimentos. Outra estratégia apontada é a apresentação dos resultados nomeadamente: gastos dos serviços, preço unitário do produto, média de totais gastos por profissional de saúde;
- IX. Ao cruzar os dados obtidos aquando da caracterização da Organização Hospitalar com os apurados por meio das entrevistas, verifica – se que, nas unidades hospitalares onde a gestão dos recursos materiais é considerada eficiente, as estratégias são semelhantes, apostadas no interesse do doente acima do interesse da organização, com elevados padrões ético – profissionais e uma preocupação constante de humanizar a medicina e a enfermagem, criando uma empatia com o doente, desenvolvendo, com ele, uma relação de respeito baseada na eficácia, integridade e confiança;
- X. Muito resta a fazer no âmbito da gestão dos recursos materiais em meio hospitalar, pelo que consideramos que uma qualquer ferramenta, capaz de otimizar esses recursos só pode ser considerada muito válida e absolutamente indispensável; por isso este estudo reforça a utilização de ferramentas de gestão nas unidades hospitalares.
- XI. Outro ponto importante será respeitar a frase: “*Quem não mede não gere*”, e criar dentro de cada unidade hospitalares os indicadores mais adequados

- XII. Como indicadores de avaliação apresentam-se como mais relevantes: tipologia do serviço; taxa de ocupação por idade/género, total atendimentos por idade/género/hora do dia, grau dependência dos doentes; total consumos em material clínico e medicamentos; total de custo em material clínico e medicamentos; média de custos gastos por profissional da unidade hospitalar, média de custos gastos por médico; média de custos gastos por enfermeiro; média de custos por doente internado ou assistido; número dos 10 produtos de material consumo clínico/ medicamentos mais gasto no mês; número dos 10 produtos de material consumo clínico/ medicamentos mais caro no mês; grau satisfação dos utentes; grau satisfação dos profissionais.
- XIII. É notório que uma equipa que apresenta desmotivação produz muito menos do que se espera, e que a baixa produção é intrínseca à sua produtividade. Segundo entrevistados é difícil manter um grupo motivado; as dificuldades do dia-a-dia alteram o humor das pessoas, afectando o seu estado de motivação, reconhecem a importância da motivação, utilizando sobretudo motivações de âmbito comportamental, o reforço positivo em público, a auscultação de todos os membros da equipe antes de uma tomada de decisão, a participação activa em prol de um trabalho colaborativo eficiente. Uma estratégia de motivação dos colaboradores para a contenção dos custos é relatada pelos enfermeiros chefes como sendo aquela que pode ser colocada na prática dos processos formativos e da valorização pessoal e profissional. Dentro da formação podemos dizer que a tendência será formações pró-activas, na medida em que funcionavam como um mecanismo de motivação e de implicação dos trabalhadores no projecto da organização. Os profissionais que tenham um motivo para agir, agarrem as oportunidades, superem os obstáculos e aprendam com eles a seguir em frente o caminho. Dar aos enfermeiros as informações necessárias para a realização de um bom trabalho; dar feedback regular; solicitar ideias e envolvê-los em decisões sobre suas funções; criar canais de comunicação fáceis de usar; felicitar pessoalmente o enfermeiro pelo bom desempenho; reconhecer o poder de sua presença profissional enquanto enfermeiro chefe; enviar uma mensagem escrita ao colaborador, elogiando seu desempenho;

reconhecer publicamente um trabalho dos enfermeiros; saber repreender na medida certa sem expor aos demais; promover reuniões destinadas a comemorar o sucesso da equipa; dar ao cada enfermeiro a responsabilidade pela execução de tarefas onde o mesmo considere mais interessante executar; reconhecer as necessidades pessoais dos enfermeiros; usar o desempenho como base para a promoção; adoptar uma política abrangente de promoção, são citados como boas estratégias para motivar os profissionais enfermeiros.

Análise de outros resultados

A gestão dos recursos materiais é, assim, um processo inevitável para o bem – estar económico – social de todos, mas, ainda demasiado moroso, sendo necessário e urgente otimizar as medidas e estratégias que sabemos que existem, mas que não parecem estar a ser devidamente aplicadas em todas as Organizações Hospitalares.

Outras conclusões podem ser retiradas dos dados aqui apresentados:

Para começar será interessante olhar para as estratégias aplicadas em todas as Organizações Hospitalares e elencá-las de forma a averiguar as que melhores resultados acarretam, no sentido de divulgar a sua prática e generalizá-la.

Os inquiridos, público-alvo, mostraram conhecimento acerca das estratégias a desenvolver para uma melhoria da gestão de recursos, no entanto, pelas mais diversas razões, continuam a agir, no geral, de uma forma que não corresponde a uma atitude de um bom gestor hospitalar, o que apenas parece confirmar aquilo que já tinha sido apontado ao longo dos primeiros capítulos do trabalho, a necessidade de uma administração organizacional com conhecimentos profundos de gestão.

As Organizações Hospitalares não parecem usar os seus conhecimentos e os seus meios para auxiliarem, de uma forma mais eficaz, os enfermeiros chefes a assegurarem para

todos os intervenientes em meio hospitalar um maior aproveitamento dos recursos materiais.

Pensamos que será pertinente a realização de orçamentos cirúrgicos, de internamento e ambulatório para cada serviço por doente/dia.

Os serviços de saúde privados, na grande maioria, adopta este procedimento não com o objectivo de dar a conhecer aos profissionais os valores envolvidos, mas para terem a noção dos gastos com o doente.

A adopção desta medida em Unidades de Saúde Hospitalares públicas, num universo limitado de doentes numa fase inicial e a título experimental, permitiria calcular o valor médio gasto com cada doente.

Neste contexto, seria também importante haver uma listagem com o preço de todos os consumíveis utilizados no tratamento dos doentes, a escolha entre os consumíveis poderia e deveria ser tida em consideração aquando da sua utilização por parte de todos os profissionais.

Estas medidas, associadas a um processo formativo e informativo dirigido aos profissionais de saúde, a curto prazo, traduzir-se-ia em ganhos em termos económicos para a gestão do serviço e Unidade de Saúde Hospitalar, não comprometendo nem a eficácia e eficiência nem tão pouco a qualidade e quantidade dos cuidados prestados aos doentes.

Exposição dos Contributos desta Dissertação

Tendo em conta as entrevistas realizadas, ainda que se considere o seu número muito reduzido para atribuir grande fiabilidade aos dados obtidos, acredita-se que os objectivos fixados foram atingidos, parecendo possível propor os seguintes contributos:

- Demonstrou-se que, uma *boa* gestão de recursos materiais em meio hospitalar depende de vários factores, tais como delegação de competências,

nesta área, do enfermeiro-chefe a um colega com formação na área da gestão; reposição diária de material; utilização de indicadores de avaliação, capazes de fomentar a motivação para uma melhor e permanente gestão dos materiais.

- Uma formação adequada do enfermeiro-chefe ou de quem cumpre a tarefa de gerir esses recursos, na área da gestão parece ter uma influência positiva na rentabilização desses recursos, mas, também, na produtividade dos restantes efectivos, factos patentes nas entrevistas que se fizeram aos serviços dos hospitais A e F.

Finalmente, do ponto de vista ético e profissional, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de analisar as competências do enfermeiro-chefe na área da gestão e de se dar particular ênfase a estas características particulares de gestor, se estas não forem impeditivas do desempenho pretendido; pois, para um qualquer emprego, o mais relevante parece ser a competência.

Para além disso, este trabalho atesta, também, ainda que de forma limitada, a relação positiva entre gestão eficiente de recursos materiais e motivação profissional, uma área a explorar em trabalhos futuros de forma a desenvolver essa relação e estendê-la a outras características, uma vez que todos reconhecem o valor dessas relações. No entanto, será sempre preciso ter cuidado com eventuais extrapolações para outras Organizações Hospitalares, onde as condições de actuação e gestão serão diferentes e mais, ainda, com extrapolações para outros países de realidades bem desiguais, pois não será pacífico generalizar as conclusões a que se chegou num número tão reduzido de Organizações Hospitalares, num momento do tempo muito preciso, para outras economias e outras alturas.

BIBLIOGRAFIA

ACSS (2008) – *Auditoria Tribunal de Contas: Situação Económica e Financeira do SNS*. Lisboa: Alegre, Artes Médicas.

ALMEIDA, J. (2009) – *1ª Convenção Nacional de Compras Públicas. O código dos contratos públicos: a importância dos acordos quadro*. Lisboa: Lévulo

ALVARENGA, A. et al . (2000) - *Logística Aplicada: suprimento e distribuição física*. 3ª Edição. São Paulo. Ed.Edgar Blucher.

ALVES, J. (1995) - *A liderança em enfermagem: os enfermeiros chefes como líderes*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado.

ARAÚJO, C. et al. (2008) - *Estudo de Caso. Apontamentos Mestrado em Educação Área de Especialização em Tecnologia Educativa Unidade Curricular: Métodos de Investigação em Educação*. Docente: Doutora Clara Pereira Coutinho Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.

ARAÚJO, L. (2004) - *Teoria Geral da Administração: aplicação e resultados nas empresas brasileiras*. Ed. Atlas, SP.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA –
in <http://.apegest.ning.com>, acedido em Setembro de 2009.

AYERS, J. B. (2001) - Introduction to the supply chain. In AYERS, James B. ed. - *Handbook of supply chain management*. Boca Raton, FL: St. Lucie Press, ISBN 9781574442733.

BALLARD, R. (2005) – *Strategic supply cost management physician without deference: adopting a strategic approach to managing supply chain costs can lead to a productive dialogue between physicians and financial leaders*. Healthcare Financial Management.

BALLOU, R. (1993) - Logística Empresarial: transportes, administração de materiais, distribuição física. São Paulo. Ed. Atlas.

BARBOSA, E. et al. (2004) – *Gestão de estoques em materiais de uso clínico: Análise de modelo utilizado num hospital universitário público* – XXIV Encontro Nacional De Engenharia de produção. Florianópolis.

BARDIN, L. (1977) - Análise de Conteúdo - Lisboa: Edições 70.

BARROS, A. J. P. et al. (1986) – *Fundamentos de metodologia: um guia para iniciação científica*. São Paulo. Editora McGraw Hill.

BARROS, P. (2005) - *Economia da saúde, conceitos e comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina.

BARROS, P. E GOMES, J.P. (2002) – *Aspectos gerais do sistema de financiamento hospitalar*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

BELL, J. (1989) - *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. 2. reimp. Milton Keynes, England: Open University Press, p. 145.

BELL, J. (1989) - *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. 2. reimp. Milton Keynes, England: Open University Press, p. 145.

BENBASAT, I., et al. (1987) - *The Case Research Strategy in Studies of Information Systems*, MIS Quarterly.

BENBASAT, I., et al. (1987). *The Case Research Strategy in Studies of Information Systems*, MIS Quarterly.

BENNER, P. (2001), *de Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática de Enfermagem* (Edição comemorativa) – Coimbra, Quarteto Editora.

BENNER, P.; TANNER, C. (1987), *Clinical judgement: how expert nurses use intuition-* American Journal of Nursing, January, pp.23-31.

BILHIM, J. (2006) - *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas*. Ed. ISCSP.

BISCAIA, ANDRÉ ROSA et al. (2006) – *Cuidados de Saúde primários em Portugal - Reformar para novos sucessos*, Grande prémio Fundação Astrazeneca 2005. Padrões Culturais Editora. 1ª Edição, Lisboa: Abril.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) - *Investigação Qualitativa em Educação*, Colecção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) - *Investigação Qualitativa em Educação*, Colecção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora.

BOUNDS, G.M., et al. (1994) - *Beyond TQM: Toward Emerging Paradigm*. New York: McGraw-Hill.

BRAVO, M. ; EISMAN, L. (1998) - *Investigación Educativa*, 3ª Ed. Sevilla: Ediciones Alfar.

BRAVO, M^a P.; EISMAN, L. (1998) - *Investigación Educativa*, 3^a Ed. Sevilla: Ediciones Alfar.

BRITO, M.E FERREIRA, L. (2006) – *A importância da auditoria interna hospitalar na Gestão Estratégica dos Custos Hospitalares*. Trabalho desenvolvido na graduação de Ciências Contábeis da Universidade de Brasília.

BRUNHEIRA, L. (s/d). *O conhecimento e as atitudes de três professores estagiários face à realização de actividades de investigação na aula de Matemática*. Disponível em <http://ia.fc.ul.pt/textos/lbrunheira/>. Acedido em 28/2/2009.

BRUNHEIRA, L. (s/d). *O conhecimento e as atitudes de três professores estagiários face à realização de actividades de investigação na aula de Matemática*. Disponível em <http://ia.fc.ul.pt/textos/lbrunheira/>. Acedido em 28/12/07.

BURNARD, P. (1989)- *Developing critical ability in nurse education* - Nurse Education

BURNS, L. (2002)- *The health care value chain: products, purchasers and providers*. Jossey-Bass, San Francisco.

CAIXETA-FILHO, João V. MARTINS, Ricardo S (Org). (2001) - *Gestão logística do transporte de cargas*. São Paulo. Ed. Atlas.

CAMPOS, A.- (2008) – *Reformas da saúde, o fio condutor*. Coimbra, Edições Almedina.

CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998) - – *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa. Universidade Aberta.

CARVALHO, J. (2002) - Logística. 3^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, ISBN 9789726182795

CARVALHO, J. E RAMOS, T. (2009) – *Logística na Saúde*. Lisboa: Ed Sílabo.

CEITIL, M. (2007) – *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

CHAIB-DRAA, B.; et al. (2006) - *Multiagent-based supply chain management*. Berlin: Springer, ISBN 9783540338758.

CILIBERTI, F., et al. (2008) - *Investigating corporate social responsibility in supply chains: a SME perspective*. Journal of Cleaner Production, 16, 1579-1588.

CLARA, C. & CHAVES, J. (2002). *O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação, 15 (1), pp. 221-244.CIEd - Universidade do Minho.

CLARA, C. & JOSÉ, C. (2002) - *O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação, 15(1), pp. 221-244.CIEd - Universidade do Minho.

CLELAND, V.S. (1967), Effects of stress on thinking - American Journal of Nursing,

COLLIÈRE, M. F. (2002), Cuidar a primeira arte da vida - Loures: Lusociência, p.440.

CORCORAN-PERRY, S.A.; BUNGERT, B. (1992), Enhancing orthopaedic nurses'clinical decision making - Orthopaedic Nursing, 11(3), p64-70.

CORREIA, T. (2008) - *Que Prestação pública de Cuidados Hospitalares?* In: www.revistaautor.com, acedido 24 Setembro 2009.

COSTA, C. & LOPES, S. (2005) - Avaliação do desempenho de hospitais públicos em Portugal Continental 2005. *Escola Nacional de Saúde Pública*.

COSTA, C. (2008) – *Gestão, Gestão em saúde e Gestão Hospitalar*. rev. Portuguesa de Saúde Pública, Vol.7.

COSTA, C. et al. (2008) – *A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português*. rev. Portuguesa de Saúde Pública, Vol.7. p. 131-146

CRESWELL, J. (1994) - *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks: SAGE Publications.

CUNHA, M. et al. (2004) - Grupos. *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*- 3aEd. Lisboa: RH-Editora.

CUNHA, M. et al. (2007) - *Tempos modernos: uma história das organizações e da gestão*. Lisboa: Edições Sílabo.

CUNHA, M. P., et al. (2007) - *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (6ª edição). Lisboa: RH Editora.

DAVEY, A. (2002) - *Greening the supply- chain*. NSN purchasing.

DENZIN, N. (1984) -*The research act*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

DIAS, J. (2005) - Logística global e macrologística. Lisboa: Edições Silabo,. ISBN 9789726183693.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2000- 2008) – *Elementos Estatísticos*. Lisboa.

DOBZYKOWSKI, D. E VONDEREMBSE M. (2009)- *Healthcare Supply Chain e IS Strategies for Improved outcomes*”. POMs 20 th Annual Conference. Florida: Maio www.pdf-search-engine.com acedido 16 Setembro 2009.

DONABEDIAN, A. (1980) -”The definition of quality and approaches to its assessment”, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

DORNIER, P. et al. (2000) - Logística e operações globais: textos e casos. São Paulo. Ed. Atlas.

DRUCKER, F. (1998). *A Profissão de Administrador*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, ISBN 85-221-0166-3.

DRUCKER, F. (2002) - *Introdução à administração*. 3. Ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning,.

DUBOIS, A., ARAUJO, L., (2007) - *Case research in purchasing and supply management: opportunities and challenges*. Journal of Purchasing and Supply Management, 13, 170-181.

EGGLI, Y. E HALFON, P. (2003) - “*A conceptual framework for hospital quality management*”, in International Journal of Health Care Assurance, vol. 16(1), pp. 29-36.

ENARSSON, L., (1997) - *Evaluation of suppliers: how to consider the environment*. The Institute for Transport Economy and Business Logistics, Wäxjö University, Sweden.

EVANS, D. (1990), Problems in the decision making process: a review - Intensive Care

EVANS, D. et al. (2001) - “*Measuring quality: from the system to the provider*”, in International Journal for Quality in Health Care, vol. 13, nº 6, pp. 439-446.

FEIGENBAUM, A. (1991) -Total Quality Control, 3ª edição, New York. Mac-Graw Hill.

FELÍCIO, P. (2009) – *Agência Nacional de Compras Públicas: Balanço e desafios*. Apresentação na 1ª Convenção Nacional de Compras públicas. Lisboa: Centro Congressos.

FERREIRA, L. (2009) – *A Gestão da Relação com Fornecedores*. Apresentação das Aulas de Gestão da Cadeia Abastecimento: Mestrado em Gestão - Departamento de Economia Gestão e Engenharia Industrial. Universidade Aveiro.

FERREIRA, L. (2009) – *A importância das Compras*. Apresentação das Aulas de Gestão da Cadeia Abastecimento: Mestrado em Gestão - Departamento de Economia Gestão e Engenharia Industrial. Universidade Aveiro.

FERREIRA, L. (2009) - *Apontamentos da aula Gestão da Cadeia Abastecimentos*. Mestrado em Gestão - Departamento de Economia Gestão e Engenharia Industrial. Universidade Aveiro.

FERREIRA, L. (2009) – *O processo de Compras- Objectivos e principais categorias*. Apresentação das Aulas de Gestão da Cadeia Abastecimento: Mestrado em Gestão - Departamento de Economia Gestão e Engenharia Industrial. Universidade Aveiro.

FERREIRA, M. (2001) - *Liderança - satisfação: problemática da chefia operacional de um hospital*. Açores : Universidade dos Açores. Dissertação de Mestrado.

FIDEL, R. (1992) - The case study method: a case study, In: GLAZIER, Jack D. & POWELL, Ronald R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238p. pp.37-50.

FIDEL, R. (1992) - The case study method: a case study, In: GLAZIER, Jack D. & POWELL, Ronald R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238 p. p.37-50.

FILIPE, J.; CARVALHO, J. (2007)- *Manual de Estratégia - Conceitos, Prática e Roteiro* Editor SILABO : ISBN: 9789726184317.

FLEURY, P. et al. (2000) -*Logística Empresarial: a perspectiva brasileira*. São Paulo. Ed. Atlas.

FORTIN, M. (1999) – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas Lda. ISBN 972-8383-10-X.

FRANCISCO, I. E CASTILHO, V. (2002) – *The Nursing and the Management cost*. Rev. Esc. Enfermagem USP, nº 36. pp. 240-244.

FREDERICO, M. (2006) – *Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau

FREDERICO, M. ; CASTILHO, A. (2006) - *Percepção de liderança em enfermagem: validação de uma escala*. Psychologica. Nº 43, pp. 259-270.

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. A. (2000), *Princípios de administração para enfermeiros* - Coimbra: Sinais Vitais, p.192.

FREI et.al. (1997) - *Process variation as a determinant of service quality and bank performance: evidence from the retail banking study*. Financial intuitions Center.

GALVÃO, C. et al. (1998) - A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 32, nº 4, pp. 302-306.

GANESHAN, R., HARRISON, T.P., (1995) - *An Introduction to Supply Chain Management*. Department of Management Science and Information Systems, Penn State University.

GOMEZ, G et al. (1996) - *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*, Malaga: Ediciones Aljibe, p. 378.

GONÇALVES, A. (1998) - *Determinantes da saúde no contexto comunitário*. Lisboa. Instituto Nacional de Medicina Tropical.

GONÇALVES, E. et al. (2005) – *Estudo Caso – Apontamentos de Metodologia Investigação*. Mestrado em Educação: DEFCUL.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994) - Competing paradigms in qualitative research In DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (Ed) (1994) *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, pp. 105-117.

HAMEL, J. et al. (1993) - *Case Study Methods*. Sage publications.

HANDFIELD, R., et al. (2002) - *Applying environmental criteria to supplier assessment: A study in the application of the Analytical Hierarchy Process*. *European Journal of Operational Research*;

HECKHAUSEN, J. & HECKHAUSEN, H. (2008) - *Motivation and action*. Cambridge University Press. ISBN: 0521852595.

HERSEY, P. ; BLANCHARD, K. (1986) - *Psicologia para administradores: a teoria da liderança situacional*. São Paulo : Editora Pedagógica e Universitária.

HOVENKAMP, H. (2002) – *Competitive Effects of group purchasing Organizations (GPO), purchasing and product selection practices in the health care industry*. Disponível: www.higpa.org/pressroom/hovenkamp.pdf, acedido em 18 Setembro 2009.

HUMPHREYS, P., et al. (2003) - *Using case-based reasoning to evaluate supplier environmental management performance*. Expert Systems with Applications, 25, 141-153.

IMAI, MASAOKI (1992).- *Kaizen: A Estratégia para o Sucesso Competitivo*, IMAM, ISBN 85-89824-33-0.

INA (1999). Avaliação de Hospitais: Fernando Fonseca e Garcia de Orta.

INA (2002) - Projecto de avaliação de unidades de saúde: análise comparada e recomendações.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2000), Code of ethics nurses -ICN, Geneva.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2003a), An Implementation Model for the ICN Framework of competencies for the Generalist Nurse – Geneva, Copyright © by ICN – Internacional Council of Nurses, ISBN: 92-95005-69-4, p30.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2003b), ICN Framework of competencies for the Generalist Nurse- Report of Development Process and Consultation, Standards and Competencies Series – Geneva, Developed by: Alexander,

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2002), Position statement on patient safety - Geneva, Switzerland: ICN. January, pp.108-111.

JESUS, É. (1999), A decisão Clínica de Enfermagem - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

JESUS, É. (2004), Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem - Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

KEROUAC, S. et al. (1996) - *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson.

KRALJIC, P (1983). Purchasing must become supply management. Harvard Business review v. 61 nº5. pp. 109 - 117. Setemember-October.

KUNRATH, R. (2007) - Logística Empresarial. 1ª ed. Rio Grande do Sul - Ediouro,. ISBN 9789726184211.

LACOMBE, F.J.M.; HEILBORN G.L.J. (2003) - *Administração: princípios e tendências*. 1.ed. São Paulo: Saraiva, ISBN 85-02-03788-9.

LAKATOS, M. E.; MARCONI, M. A. (1992) – *Metodologia do trabalho científico*, 4ª edição, S. Paulo: Editora Atlas S.A, ISBN 972-662-524-6.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. (1984), Stress, Appraisal and Coping – Springer Publishing Company: New York.

LESSARD-HÉBERT, M. et al. (1994) - *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.

LIAN, P E LAING, A. (2004) – *Public sector purchasing of health services: A comparison with private sector purchasing*. Journal of purchasing & Supply Management, nº 10. p. 247-256.

LIMA, P. (2009) – *Centralização das compras hospitalares – procurement, sourcins e negociação com os fornecedores*. Apresentação disponível em: www.hospitaldofuturo acedido em 18 Outubro 2009.

LINCOLN, Y. (1990) - *The making of a construtivist*. In Egon Guba (Ed) (1990) The Paradign Dialog. Newbury Park, CA: SAGE Publications, pp. 67-87.

LOPES DOS REIS, R. (2008) - *Manual da gestão de stocks: teoria e prática*. Lisboa: Editorial Presença, ISBN 978-972-23-3307-8.

LOURENÇO, P. (2000) - Liderança e eficácia: uma relação revisitada. *Psychologica*. Nº 23, p. 119-130.

LUECKE, R. (2002) - Harvard Business Essentials - Estratégia - Editora Record. M. F; Runciman, P. J.

MANT, JONATHAN. (2001) - “ *Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care*”, in *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, nº 6, pp. 475-480.

MARQUES, S. (2007) – *Financiamento em saúde* . Trabalho realizado no âmbito do Mestrado Gestão. Aveiro: Universidade Aveiro.

MARTIN, V. e HENDERSON, E (2004) – *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor.

MATOS, J. (2009) – *Centralização de compras no sector da saúde* . Apresentação na 1ª Convenção Nacional de Compras públicas. Lisboa: Centro Congressos.

MAXIMIANO, A. (2002) - *Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital*. Ed. Atlas.

MENEZES, A. et al. (2006) – *Eficiência Técnica dos Hospitais Portugueses 1997-2004: Uma análise Regional com base num modelo de fronteira Estocástica*. Centro de Estudos de Economia Aplicada do Atlântico. Universidade dos Açores.

MERRIAM, S. (1998) - *Qualitative Research and Case Studies Applications in Education: Revised and Expanded from Case Study Research in Education*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

MERTENS, D. (1998) - *Research Methods in Education and Psychology: Integrating Diversity with Quantitative & Qualitative Approaches*, London: Sage Publications.

MESQUITA, A.- *Direito Farmacêutico anotado* (2000) -2ª Ed. Lisboa, *Publicações Farmácia Portuguesa*: Outubro.

MIN, H. E GALLE, W. P., (1997) - *Green Purchasing Strategies: Trends and Implications*. International Journal of Purchasing and Materials Management.

MIN, H. E GALLE, W.P., (2001) - *Green purchasing practices of US firms*. International Journal of Operations & Production Management, vol. 21, nº 9, 1222-1238.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) – *Plano Nacional da Saúde 2004-2010: orientações estratégicas, mais saúde para todos*. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Health in Portugal*. Lisboa: Direcção Geral da saúde.

MINUZZI, H. (2006) – *Gerência do cuidado em Enfermagem Hospitalar: apresentando noções e competências*. Florianópolis.

MONTANA, P. (2003) - *Administração*. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, ISBN 85-02-03786-2.

MOREIRA, S. (2008) – *Análise da Eficiência dos hospitais-Empresa: uma aplicação da data envelopment analysis*. Lisboa: Primavera

MOULLIN, M. (2002) - *Delivering Excellence in Healthand Social Care*, Philadelphia, PA.

MURPHY, P.R. E POIST, R.F.,(2003) - *Green perspectives and practices: a “comparative logistic” study*. Supply Chain Management: An International Journal, vol. 8, nº 2, 122-131.

MYERS, M. D. (1997) - *Qualitative Research in Information Systems*. Disponível em <http://www.qual.auckland.ac.nz/>, acedido a 28 de Dezembro de 2009.

NANDA (2005) - *Os diagnósticos de enfermagem.: Definições e classificação*. Philadelphia, PA: NANDA International ISBN 0-9637042-4-9.

NEAVES, J. (1989), *The relationship of locus of control of decision making in nursing*.

NEVES, M. A. (2004), *Intervenções de Enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras* - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

NOCI, G. (1997) - *Designing 'green' vendor rating systems for the assessment of a supplier's environmental performance*. European Journal of Purchasing & Supply Management.

NOGUEIRA, F. (2008) – *“Do desenvolvimento organizacional às compras hospitalares: Três hospitais portugueses em análise*. XIII Congresso Internacional del CLAD sobre a reforma del Estado y Administración Pública. Buenos Aires, Argentina.

NOVA, A. (2008) - *A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro*. Escola Superior de Saúde de Portalegre.

NOVAES, G. A. (2000) - *Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição*. Rio de Janeiro. Ed. Campus. Nursing, nº6, p. 179-184.

OAKLAND, J.S. (2000) - *Total Quality Management: Text with Cases*.

Office of Pollution Prevention and Toxics (OPPT) (2000) - United States Environmental Protection Agency. *The Lean and Green Supply Chain: a practical guide for Material Managers and Supply Chain Managers to reduce costs and improve environmental performance*. Environmental Accounting Project;

OKAZAKI, R. (2006) – *Identificação de ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de São*

Paulo. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2001), Código Deontológico do Enfermeiro - Capítulo VI- Secção II do Estatuto da Ordem, publicado em anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006), Dados Estatísticos 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Janeiro de 2006.

PACE, J. (2003) - *O Kanban na prática*. Rio de Janeiro: QualityMark.

PARREIRA, P. (2005) – *Organizações*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda

PENNA, A. (2001). *Introdução a motivação e emoção*. Rio de Janeiro-RJ: Imago. ISBN: 8531207452

PETERSON, J. & SMITH, R. (1998) - *O Guia de Bolso do 5S*, Productivity Press, ISBN 0-527-76338-1.

PINTO, C. et al. (2006) – *Fundamentos de Gestão*. Lisboa: Fundamentos.

POETA, A. et al. (2000) – *Entre a Inovação e o Planeamento. Novos Modelos de Gestão e compras Hospitalares*. Rev.Gestão e Desenvolvimento nº9, p. 173-194.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

PONTE, J. (1994) - *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. Disponível em [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94- Ponte \(Quadrante-Estudo%20caso\). Pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94- Ponte (Quadrante-Estudo%20caso). Pdf), acedido a 28 de Dezembro de 2009.

PONTE, J. (2006) - *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e actualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3 (1), pp3-18).

PROENÇA, C. et al. (2006) - Liderança de equipa em enfermagem. Revista AESOP. Vol. 2, nº 21, p. 15-24.

PUNCH, K. (1998) - *Introduction to Social Research: Quantitative & Qualitative Approaches*, London: SAGE Publications.

QUIVY, R.; CAMPENHOLDT, L. V. (2003), Manual de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos, Lisboa, Gradiva-Publicações Lda., 3ªed, Depósito legal nº 202118/2003, p. 282.

RABAGLIO, M. (2005) - Ferramentas de Avaliação de Performance com Foco em Competências. Editora QualityMark,. ISBN 85-7303-512-9.

RABAGLIO, M. (2008) - Gestão por Competências - Ferramentas para atracção e captação de talentos humanos. Editora QualityMark, ISBN 978-85-7303-804-0.

RAO, P., HOLT, D., (2005) - *Do green supply chains lead to competitiveness and economic performance?* International Journal of Operations & Production Management, vol. 25, nº 9, 898-916.

REEVE, J. (2006) - *Motivação e emoção*. Rio de Janeiro-RJ: LTC. ISBN: 8521614942.

REGO, A. E PINA, M. (2009) – *Liderança Positiva*. Lisboa: Edições Sílabo.

REGO, A.; CUNHA, M. (2004) - A essência da liderança. 2ª Ed. Lisboa : Editora RH.

Revista Qualidade em Saúde. (2000) - *Instituto da Qualidade em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

RHEINBERG, F. (2000) - *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 3-17-016369-8.

RIBEIRO, C. (2008) - O controlo de Gestão nas unidades de saúde: o *Balanced Scorecard*. *TOC 100*.

RIBEIRO, J. (2004) – *Reforma do sector público hospitalar: Programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses*. Rev. Portuguesa de saúde pública vol.4.

RIBEIRO, J. (2009) – *Saúde: A Liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva

RITZMAN, LARRY P. Administração da produção e operações. São Paulo: Prentice Hall, 2004. ISBN 85-87918-38-9.

ROBBINS, S. (1990) – *Comportamento Organizacional*. 2ª edição. São Paulo: Prentice hall

ROCHA, J. A. (2004) - *Lições de Gestão da Qualidade: Aplicações à Administração Pública*. Braga: Universidade do Minho.

RONDINELLI, D., VASTAG, G., (2000) - *Panacea, Common Sense, or just a label? The value of ISO 14001 Environmental Management System.*, European Management Journal, Vol. 18, nº 5: 499-510.

ROSA, E.(2007) - *A saúde e os custos da saúde em Portugal*. Março, 2007.

RUBIN, H. et al. (2001) - “*Methodology Matters: From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator*”, in International Journal for Quality in Health Care, vol. 13, nº 6, pp. 489-496.

RUDOLPH, U. (2003) – *Motivations psychologie*. Weinheim: Beltz.

SAÚDE SA (2005) – *Aprovisionamento Hospitalar*. In: www.apontamentos.blogspot.com acessado a 12 Julho 2009.

SCHMITT, M. (2001) - Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 47-64.

SCHNELLER, E., SMELTZER, L. (sd) (2001) - *Strategic Management of the Health Care Supply Chain*”, Estados Unidos.

SCHOFIELD, J W (1993) - Increasing the generalizability of qualitative research. In HAMMERSLEY, Martin (Ed) *Educational Research: Current Issues*, London: The Open University Press, pp. 91-114.

SEKELLARIDES, C. et al. (2007) - *O Futuro do sistema de saúde português - Saúde 2015*, Escola de saúde pública - Universidade Nova de Lisboa, Novembro.

SHAPIRO, J. F (2000) - *Modeling the supply chain*. Pacific Grove, CA: Duxbury.

SHNELLER, E. (2009) – *The value of group purchasing-2009- A study Conducted by: health Care Sector Advances, Inc.*

SILVA, A. (2009) – *A Gestão de um Organismo Público vista do exterior: O exemplo Hospitalar*. Apresentação das Jornadas do Centro Hospitalar do Porto

SILVA, A. et al. (2008) - *Avaliação da produtividade nos serviços de urgência hospitalar*. Trabalho realizado no âmbito do Mestrado de Gestão, disciplina: Marketing em Saúde com Dr. Vitor Moutinho.

SILVA, B. (2006) – *Motivação: Como motivar os Colaboradores*. Documento de Trabalho para departamento de Engenharia civil. Instituto Politécnico de Coimbra.

SILVESTRE, H. E ARAÚJO J. (2008) - *A gestão por resultados no sector público: o caso dos hospitais EPE*. Fundação para a Ciência e Tecnologia.

SIMCHI-LEVI, D.; et al. (2003) – *Designing and managing the supply chain: concepts, strategies, and case studies*. 2ª ed. Nova Iorque: McGraw-Hill/Irwin, ISBN 9780071198967.

SIMÕES, J. (2004) - *Avaliação do desempenho de hospitais*. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública.

SIMÕES, J. (2004) - *Retrato político da Saúde*. Coimbra: Editora Almedina.

SIMÕES, J. E BARROS, P. (2007) – *Health Systems in Transition: Portugal- Retrato do Sistema Saúde*. Vol.9 nº5. European Observatory. OMS

SIMÕES, R. (2008) – *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Orientação do Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues. Porto.

STAKE, R. (1995) - *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

STUART, I., et al. (2002) - *Effective case research in operations management: a process perspective*. Journal of Operations Management, 20, 419-433.

TEIXEIRA, S. (1998) - *Gestão das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

TREVIZAN, M. et al. (1998) – *Liderança e Comunicação no cenário da Gestão em Enfermagem*. Ver.Latino-americana em Enfermagem. Vol.6, nº5, p.77-82. São Paulo.

VIANA, C. (2009) – *Acordo quadro: presente e futuro*. Apresentação na 1ª Convenção Nacional de Compras públicas. Lisboa: Centro Congressos.

VIEIRA, C. (1999) - A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: questões relativas à sua fidelidade e credibilidade, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXXIII, 2, pp. 89-11.

WALTON, S.V., et al. (1998) - *The green supply chain: integrating suppliers into environmental management processes*. International Journal of Purchasing and Materials Management, 34, 2-11.

WHITTINGTON, R. (2002) - O que é estratégia. São Paulo: Thomson Learning.

WILLIAMS, J. (2007) – *Dollars and sense: engaging physicians in supply-cost control*. Healthcare Financial Management. Abril. Vol. 61. p. 62-68.

YIN, R. (1994) - *Case Study Research: Design and Methods* (2ª Ed) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Sites:

www.acss.min-saude.pt

www.dgap.gov.pt

www.dgs.pt

www.hospitalsepe.min-saude.pt.

www.ina.pt

www.ordemenfermeiros.pt

www.portaldasaude.pt

www.saudepublica.web.pt

Legislação

Lei nº 2011 de 2 Abril de 1946.

Decreto-Regulamentar nº 3/ 88 de 22 Janeiro de 1988

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto de 1990 (Lei de Sistema da Sistema).

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro de 1991

Decreto-Lei nº 11/93 de 15 Janeiro de 1993

Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro de 2002

Decreto-Lei 18/2008, 1ª Série- nº20 de 20 Janeiro de 2008

Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro de 2009

ANEXOS

ANEXO 1 - ENTREVISTA

Título: *Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar.*

Aluno: Enfermeira Silvana Ferreira Marques; email: silvanaleonor@gmail.com

Esta entrevista destina-se a ser aplicada a Enfermeiros Chefes dos Serviços Hospitalares - procurando estudar e compreender os mecanismos que determinam uma gestão dos Recursos Materiais num Serviço Hospitalar. Sabemos que uma organização é eficiente se utiliza um mínimo de recursos para produzir os seus serviços ou produtos, assim os objectivos deste estudo são:

- Identificar a forma como estes responsáveis pela Gestão de Recursos Materiais organizam o seu trabalho.
- Verificar as suas Competências enquanto Gestores de Recursos Materiais.
- Identificar estratégias implementadas de forma a garantir uma Gestão Recursos Materiais
- Conhecer a forma como motivam os colaboradores na contenção de custos.

- Apresentação Sumária do Serviço.
- Breve apresentação profissional do Entrevistado.
- Descrição da Gestão de Recursos Materiais no Serviço que chefia.
- Identificação dos 3 materiais de consumo clínico com maior consumo/gasto no serviço em estudo.
- Materiais para os quais considera em que há mais desperdícios e a razão desse facto.
- Existência ou não existência no serviço identificado de indicadores de avaliação nesta área.
 - Alterações capazes de melhorar esses indicadores.
 - Indicadores adequados ao serviço hospitalar em análise.
- Estratégias utilizadas para contenção de custos no referido serviço hospitalar.
- Forma de motivação para os levar os seus colaboradores à contenção de custos.

Obrigada pela Colaboração.

ANEXO 2 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS A ENFERMEIROS CHEFES DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Conselho de Administração do Hospital

Enfermeira Silvana Marques, aluna da Universidade de Aveiro - Mestrado de Gestão, sob orientação do Professor Doutor Luís Miguel Ferreira, vem por este meio solicitar a V. Exas que se digne autorizar a realização de entrevistas.

Nos hospitais, a Gestão de Recursos Materiais é de grande importância não só porque os recursos são escassos como cada vez mais se fala em contenção da despesa. Os gastos crescentes na área da saúde preocupam a sociedade. Além de várias causas já conhecidas como o envelhecimento da população, os avanços tecnológicos, levantam-se hoje a hipótese de que uma das causas se deve aos processos inadequados da organização das Unidades Hospitalares bem como os desperdícios realizados.

A autora acredita que as ineficiências nos Serviços Hospitalares poderiam ser significativamente corrigidas se se adoptassem eficientes práticas de Gestão nos serviços de saúde. Na área da saúde, pouco se conhece sobre o papel que um Enfermeiro Gestor tem na Gestão de Recursos Materiais.

Esta entrevista destina-se a ser efectuada aos Enfermeiros Gestores, procurando estudar e compreender os mecanismos que determinam uma gestão eficiente dos Recursos Materiais num Serviço Hospitalar. Sabemos que uma organização é eficiente se utiliza um

mínimo de recursos para produzir os seus serviços ou produtos, assim os objectivos deste estudo são:

- Analisar de que forma é organizada e administrada a “*gestão de recursos materiais em meio hospitalar*”

Fixamos, ainda, como objectivos específicos os seguintes:

- Identificar competências dos enfermeiros enquanto gestores de recursos materiais nas unidades hospitalares;

- Identificar estratégias implementadas, nas unidades hospitalares de forma a garantir a gestão recursos materiais;

- Conhecer a forma como os enfermeiros chefes motivam os colaboradores para a contenção de custos

Título: *Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar*

Aluno: Enfermeira Silvana Ferreira Marques

Orientador: Professor Doutor Luís Miguel D.F. Ferreira

Aveiro, ____ de _____ 2009

Enfermeira Silvana Marques

Telm. 934155281

Email: silvanaleonor@gmail.com

ANEXO 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Enfermeira Silvana Marques, aluna da Universidade de Aveiro - Mestrado de Gestão, sob orientação do Professor Doutor Luís Miguel Ferreira, pretende realizar um Trabalho de Investigação com título: Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar

Os objectivos deste estudo são:

- Analisar de que forma é organizada e administrada a “*gestão de recursos materiais em meio hospitalar*”

Fixamos, ainda, como objectivos específicos os seguintes:

- Identificar competências dos enfermeiros enquanto gestores de recursos materiais nas unidades hospitalares;
- Identificar estratégias implementadas, nas unidades hospitalares de forma a garantir a gestão recursos materiais;
- Conhecer a forma como os enfermeiros chefes motivam os colaboradores para a contenção de custos.

Para o efeito, será realizada uma entrevista para a qual se requer a vossa participação.

Esta entrevista será realizada no local, data e hora que for acordado, estando previsto que a investigadora utilize a gravação em suporte áudio. Ao longo da mesma os participantes poderão sempre manifestar a sua vontade de deixar de participar.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Assim, a informação fornecida nunca será usada de modo a poderem ser identificados.

A sua assinatura indicará que concorda em participar no estudo, tendo lido e percebido a informação acima fornecida.

_____ de _____ de 2009

(Assinatura dos Entrevistado)

(Assinatura do Investigador)

Muito obrigada pela sua colaboração